



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 75  
MORELIA, MICHOACÁN**

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES  
DIABÉTICOS DE LA UMF N° 20”**

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

**PRESENTA**

**DR. JONATAN RUÍZ OROZCO**

**MORELIA, MICH.**

**2017**



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.

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES  
DIABÉTICOS DE LA UMF N° 20”**

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

**PRESENTA:**

**DR. JONATAN RUIZ OROZCO**

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

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

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

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

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES  
DIABÉTICOS DE LA UMF N° 20”**

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

**PRESENTA:**

**DR. JONATAN RUIZ OROZCO**

**DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI**  
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
EN LA DELEGACION MICHOACAN

**DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO**  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD  
DE LA DELEGACION MICHOACAN

**DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR**  
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION  
EN LA DELEGACION MICHOACAN

**DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ.**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD UMF/UMMA No 75

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES  
DIABÉTICOS DE LA UMF N° 20”**

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

**PRESENTA:**

**DR. JONATAN RUIZ OROZCO**

**DRA. EDITH BONAPARTE CABALLERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

**DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION  
EN SALUD U.M.F. 81  
ASESOR DE TESIS

**DR. JOSE MELQUIADES JERONIMO CAMACHO PEREZ**  
GINECO-OBSTETRA  
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD  
CO-ASESOR

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO**  
MATEMÁTICO-ANALISTA CIBIMI-IMSS



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603  
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 19/12/2014

**DR. JONATAN RUIZ OROZCO**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Depresión y funcionalidad familiar en pacientes diabéticos de la UMF No. 20**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2014-1603-18</b>

ATENTAMENTE

**DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mi esposa Estefany, intentando expresarle mi amor y gratitud por su apoyo incondicional, su comprensión generosa y su tolerancia infinita a mis pretensiones intelectuales, por no dejarme caer e impulsarme a ser mejor persona día a día.

A mis hijas Victoria y Valentina, por ser mi razón de ser y sentido en la vida, ojala pueda servirles de ejemplo para su superación, con la esperanza de que verán un mundo mejor.

A mis padres Isidro e Iraceli los cuales me han dado la oportunidad de existir, continúan rezando por mí, por su apoyo incondicional y porque siguen guiando a sus hijos por el mejor camino.

A mis hermanos Liliana y Adrián, por representar la unidad familiar, por llenar de alegría y amor mi vida cuando más lo necesito.

A mis distinguidos asesores y maestros, modelos de valor y sabiduría, por su desinteresada y generosa labor de transmisión del saber, su inagotable entusiasmo y sus acertados consejos y sugerencias.

Un agradecimiento especial a las autoridades del IMSS, UNAM y SNTSS y todas aquellas personas que me han apoyado incondicionalmente permitiéndome realizar mis estudios de postgrado. A todos aquellos que han intervenido en mi formación ¡MUCHAS GRACIAS!

## INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
5. JUSTIFICACIÓN.....	32
6. HIPOTESIS .....	34
7. OBJETIVOS.....	35
8. METODOLOGÍA.....	35
9. ASPECTOS ETICOS.....	43
10.RESULTADOS.....	45
11.DISCUSIÓN.....	53
12.CONCLUSIONES.....	55
13.BIBLIOGRAFÍA.....	57
14.ANEXOS.....	59



## RESUMEN

### “Depresión Y La Funcionalidad Familiar En Pacientes Diabéticos De La UMF N° 20”

Ruíz O.J\*, Ung M. E. \*\*, Camacho P.J. \*\*\*, Gómez A.C. \*\*\*\*,\* Médico Residente 3er año de Medicina Familiar, \*\*UMF N° 81, \*\*\* HGZ N° 8, \*\*\*\* CIBIMI-IMSS.

**Introducción:** Los padecimientos crónico degenerativos tales como la Diabetes Mellitus Tipo 2 aumentan la probabilidad de que se presente depresión lo cual puede ocasionar un descontrol y un impacto negativo en el estado de salud y la funcionalidad familiar.

**Objetivo:** Determinar la asociación que existe entre la depresión y la funcionalidad familiar en el control de la diabetes de los pacientes de la UMF N°20.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal, a pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la UMF N° 20, del 01 de noviembre del 2014 al 31 de octubre del 2015, mediante instrumentos de evaluación: Test de Beck y APGAR Familiar. Previo consentimiento informado, se utilizara para análisis estadístico el SPSS versión 20 la  $\chi^2$  para la asociación de variables, expresadas en tablas de contingencia y graficas de barras de frecuencias y porcentajes, los estadísticos de contraste fueron ANOVA con prueba Post Hoc de H.Tuckey.

**Resultados:** Se encontró en este estudio que en los pacientes diabéticos no existe asociación con la depresión y la funcionalidad familiar ya que en relación a los pacientes controlados no es mayor el grado de depresión en pacientes con familias funcionales que en familias disfuncionales.

**Conclusiones:** Es importante de destacar el hallazgo de depresión en los pacientes diabéticos ya que puede repercutir de manera negativa en el control, así mismo contribuir en la alteración de la dinámica familiar.

**Palabras clave:** Depresión, Funcionalidad familiar, Diabetes Mellitus.

## INTRODUCCIÓN

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir.

En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma las circunstancias propias de tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas como la depresión y la ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. Según la secretaria de Salud en 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones para el 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas.

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento familiar, social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la hipertensión y la diabetes mellitus.

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas,

debilidades, el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. De acuerdo con Friedman, la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad. Por lo que el apoyo por parte de la familia es fundamental para poder afrontar el proceso de enfermedad, control y la prevención de posibles complicaciones.

## MARCO TEÓRICO

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Además, cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glicemia también se pueden manifestar síndromes depresivos.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda el inicio de la depresión.

Cada persona tiene una manera particular de responder a las alteraciones emocionales, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo.<sup>1,2</sup>

Los hallazgos de algunas investigaciones confirman la presencia de una relación significativa entre la depresión y las complicaciones crónicas de la diabetes como la retinopatía, nefropatía, neuropatía, alteraciones vasculares y disfunción sexual.

De esta forma, es importante considerar que la detección temprana de niveles de depresión leve, moderada o grave en los pacientes que padecen de Diabetes y la instauración de un tratamiento adecuado, podría generar mejoras significativas en su estado de salud, debido a que permitiría una mejor evolución y la aceptación final de la enfermedad.<sup>3,4</sup>

La combinación de depresión y diabetes es común y especialmente dañina porque la depresión tiene un impacto fuerte en los resultados, tanto psicosociales como médicos. La depresión en pacientes con diabetes se puede tratar con antidepresivos, psicoterapia o una combinación flexible de ambos. Según una revisión amplia de 2009, los mejores resultados tanto para los aspectos médicos como los psicológicos se observaron con tratamientos psicológicos.<sup>5</sup>

El creciente aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y su incidencia como factores de riesgo para la presencia de enfermedades cardiovasculares, ha hecho de éstas la primera causa de muerte en los países desarrollados y un importante problema de salud pública para éstos y las naciones en desarrollo.

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos, pero un crecimiento rápido de los crónico-degenerativos, ha venido generando nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud. Este tipo de padecimientos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos, porque la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal cercano a la muerte para tener un final tranquilo, digno, reconfortado y en paz.

En lo referente al padecimiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM-2), clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónico-degenerativas. En México se observa como una de las principales causas de morbilidad asociada con el actual modelo económico y social. Involucra serias repercusiones en los estilos de

vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés, el sedentarismo, entre otros. La última Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud, señala una prevalencia de 10.5 % en la población adulta. Adicionalmente, las estadísticas de los centros hospitalarios del Sector Salud (SS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en relación a la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) manifiestan lo siguiente:

- La DM-2 se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos de los hospitales.
- Es la tercera a cuarta en la demanda de la consulta externa.
- La mortalidad pasó del cuarto lugar en 1990 al tercero en el 2001. <sup>6</sup>

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.

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. <sup>6,7</sup>

## **DIABETES**

El diagnóstico de la enfermedad muchas veces ocasiona un choque emocional para la persona que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad. Por tanto, es necesario comprender que los aspectos psicológicos, sentimientos y comportamientos pueden interferir en la motivación y la predisposición a la incorporación de cambios en los hábitos de vida.

Para el tratamiento efectivo de las enfermedades crónico-degenerativas, es necesario incluir el tratamiento psicológico-emocional del paciente, de tal manera que el manejo sea integral y garantice su bienestar. El duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad.

La negación reduce la respuesta al estrés; sin embargo, tiene un efecto negativo en la adquisición de conocimientos, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad.

La diabetes incluye varias enfermedades que se caracterizan por niveles elevados de glucosa debido a una defectuosa producción de insulina y/o acción alterada, o ambas. Se ha estimado que entre 4% y 6% de la población total de México y los Estados Unidos de Norteamérica padecen diabetes y que su presentación guarda una relación con la edad y las variedades étnicas, teniendo los mexicanos una alta predisposición. En las personas mayores de 65 años la proporción de diabetes se eleva al 15%.

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.

La diabetes es grave porque se asocia con daño cardiovascular, lo que origina importantes complicaciones que acortan la vida de las personas afectadas.

## **CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS**

**Diabetes Mellitus Tipo 1**, se conocía como “juvenil” o dependiente de insulina. Se desarrolla por una destrucción autoinmune de las células beta del páncreas que conduce a una progresiva deficiencia en la producción de insulina. Por ello se considera como una enfermedad autoinmune multifactorial que parte de una interacción compleja entre una susceptibilidad genética, poligénica, interactuando con factores agresivos del medio ambiente. Se presenta con una mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, aunque puede ocurrir en cualquier edad. Ocupa entre 5% y 10% de todos los casos de diabetes.

**Diabetes Mellitus Tipo 2**, conocida como diabetes del “adulto” y del “obeso” es la forma más frecuente, entre 90 y 95% del total. Generalmente se inicia por un estado de resistencia a la insulina que consiste en que las células del organismo ignoran el efecto de la insulina circulante y esto a su vez genera una mayor producción de insulina por el páncreas hasta que este último resulta incapaz. La resistencia a la insulina en el hígado hace que se produzca más glucosa y se trastorne el metabolismo de las grasas. Es una enfermedad poligénica con



intervención de factores ambientales, presentándose mayormente en personas adultas, obesas, sedentarias y con familiares diabéticos.

**Otros tipos específicos de Diabetes.** Existe otra variedad, de reconocimiento muy reciente, que se conoce como MODY, nombre tomado como acrónimo del inglés que significa “diabetes del adulto en jóvenes”, caracterizada por su transmisión monogénica. El defecto genético, ocasionado por una mutación se puede heredar o desarrollar espontáneamente, y se expresa en la producción de insulina estructuralmente anormal. Aparece en niños y adolescentes pero su manifestación clínica es moderada y por ello pueden pasar varios años antes de que se descubra en un examen rutinario de glucosa en sangre, generalmente no se acompaña de obesidad. En esta variedad de diabetes no existe resistencia a la insulina y puede ser manejada con medicamentos orales en algunos casos y en otros con insulina. La frecuencia se ha estimado en cerca del 1% del total de casos de diabetes y se puede confundir con la diabetes tipo 2.

**Diabetes Gestacional,** es una forma de intolerancia a la glucosa que se presenta durante un embarazo, sobre todo en obesas y con familiares diabéticos. La prevalencia es cerca del 4% del total de embarazos y se puede acompañar de preeclampsia, macrosomía fetal, polihidramnios. Durante el embarazo se produce un estado fisiológico compensatorio de resistencia a la insulina, pero en ciertas personas se agrava, particularmente en obesas. Este trastorno gestacional tiene un alto valor predictivo, ya que puede aparecer diabetes 2 al término del embarazo en cerca del 5% de los casos, riesgo que va aumentando con el tiempo, ya que a los 10 años se puede diagnosticar la diabetes entre 20 y 50% de estas personas.

## **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES**

1. Síntomas cardinales de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicada) y una glucemia plasmática casual 200 mg/dl.
2. Glucemia plasmática en ayunas 126 mg/dl.
3. Glucemia plasmática 2 horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) 200 mg/dl.

En ausencia de síntomas típicos de hiperglucemia, estos criterios deberían ser confirmados repitiendo el test en un día diferente. El TTOG es más sensible y moderadamente más específico que la glucemia plasmática en ayunas, pero se reproduce difícilmente y se realiza poco en la práctica.

La hiperglucemia que no cumple criterios de diabetes se clasifica en:

- Glucemia basal alterada (GBA): glucemia en ayunas, 100-125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa (ITG): glucemia a las 2 horas tras el TTOG de 140-199 mg/dl.

Recientemente, la GBA y la ITG han sido oficialmente llamados “pre-diabetes”. Ambas categorías son factor de riesgo de futura diabetes y enfermedad cardiovascular.

## **PREVENCIÓN DE LA DIABETES**

Cambios en el estilo de vida pueden prevenir o retardar la aparición de diabetes tipo 2 en adultos que están considerados como de riesgo, lo cual se consigue alcanzando un peso adecuado y una actividad física cotidiana (caminando al menos un promedio de 2 a 3 horas por semana). Existen estudios que muestran que la adición de medicamentos como metformina y acarbosa es benéfica para este propósito.

## TRATAMIENTO

Muchas personas pueden controlar la diabetes mediante la alimentación correcta, actividad física y algunos medicamentos orales; frecuentemente existe hipertensión arterial y elevación del colesterol circulante, por lo que es necesario corregirlos. Es fundamental la educación del diabético para que se lleve a cabo su autocuidado.

Los avances en la investigación de la fisiopatología de la enfermedad en las décadas pasadas ha traído mejoras en la terapéutica con la disponibilidad de agentes sensibilizantes a la insulina, estimulantes de la secreción de insulina y nuevas formas de insulina. Las nuevas insulinas presentan significativas mejoras, como las de un tiempo ultra corto de liberación, como es el caso de Lispro (Humalog) Y Aspartinsulin, hasta los de acción prolongada como Glargine. En medicamentos orales la FDA de los Estados Unidos, agrupa la medicina oral no insulínica como: 1). Las sulfonilureas, 2). Meglitinidas, 3). Nateglinidas, que tienen un efecto similar en el estímulo a las células del páncreas, y efecto hipoglucemiante. Las meglitinidas son conocidas como antidiabéticos rápidos, tienen mucha flexibilidad en su toma, a diferencia de otros antidiabéticos orales. 4). Las biguanidas, no actúan a nivel del páncreas, únicamente a nivel hepático, disminuyendo la producción de glucosa en el hígado. 5). Las tiazolidinedionas, disminuyen la resistencia a insulina en el músculo y permiten un mayor aprovechamiento de la insulina. 6). Los inhibidores de la alfa glucosidasa son antihiperoglucemiantes, disminuyen la liberación de azúcares de los almidones y glúcidos después de ingerir alimentos.

## PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Medidas dirigidas al control de la glucosa buscando mantener cifras de glucemia plasmática en ayunas de 70 a 130 mg/dl y glucemia postprandial en menos a 140 mg/dl. La presión arterial, las lipoproteínas circulantes y al cuidado de la salud corporal pueden evitar esas complicaciones que producen ceguera, amputaciones de piernas, insuficiencia renal y neuropatía periférica. El control de la presión arterial previene las complicaciones cardiovasculares en 30% a 50% y las alteraciones microvasculares en 30%; incluso se ha estimado que una reducción de 10 mm de mercurio en la presión sistólica logra una reducción de 15% en las complicaciones. El mantener dentro de los niveles normales al colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad (HDL) y baja (LDL) permite una disminución de 50% de las complicaciones cardiovasculares.

Por otra parte, la detección oportuna de lesión ocular y su tratamiento reduce en cerca del 60% el riesgo de ceguera. El cuidado de los pies evita amputaciones entre 50% al 90% de los casos. La manera más efectiva para evitar daño renal es mediante un control de la presión arterial, reduciendo el riesgo en 50%; además se debe checar periódicamente la presencia de microalbuminuria. La disfunción eréctil es frecuente en el hombre adulto con diabetes y ocasiona problemas emocionales y afecta la vida marital, por lo que es importante el tratamiento médico.<sup>9, 10, 11</sup>

## DEPRESIÓN

De acuerdo al DSM-IV-TR se define como el estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

La palabra Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión.<sup>12</sup>

Actualmente la depresión no se considera más una cuestión personal y privada; se ha convertido de un asunto de interés general, en un problema de salud pública. Ello se basa en el reconocimiento de su prevalencia y del impacto que tiene sobre la sociedad, así como en la disponibilidad de alternativas efectivas para su tratamiento. La elevada prevalencia e impacto negativo de la depresión han sido ampliamente documentados a nivel internacional y nacional. Sin embargo, a pesar de la efectividad de las intervenciones disponibles para atenderla, la depresión continúa siendo subtratada en México y el acceso a la atención tiene un retraso muy importante. Así, el costo social de la depresión puede ser mucho mayor.

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2000 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentara de manera significativa en los próximos 20 años.

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) aplicada en 2003 señalan:

- Una de cada 5 personas presenta al menos un trastorno mental en su vida.
- 13.9% refirió haber padecido algún trastorno mental, durante el año previo a la encuesta, 5.8% en los últimos 30 días.
- Los hombres presentan prevalencia más alta para cualquier trastorno que las mujeres (30.4% vs 27.1%).

Los trastornos afectivos son más frecuentes para mujeres mientras que los trastornos por abuso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

En México de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 (ENED) en un periodo anual previo a la entrevista el 5.8% de las mujeres y 2.5% de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con la depresión; la prevalencia se incrementa con la edad en las mujeres menores de 40 fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mujeres mayores de 60 años. En los hombres la prevalencia por grupos de edad fue de 1.6 y 5.0% respectivamente.

El costo de la enfermedad es el valor de los recursos que se emplean como resultado de ésta. Convencionalmente, el costo de la enfermedad tiene dos

componentes: los costos directos y los indirectos. Los costos directos se refieren al valor de los servicios empleados para tratar la enfermedad.

Incluye los servicios médicos, la estancia en el hospital, los medicamentos y otros tratamientos psicológicos. Los costos indirectos aluden a la pérdida de la productividad derivada de la enfermedad.<sup>13</sup>

La depresión mayor es un trastorno del ánimo, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas.

Se ha estudiado que existen diversas causas para padecer depresión tales como genéticos, trastorno de la regulación de neurotransmisores fundamentalmente en el eje serotonina-dopamina, factores ambientales como acontecimientos vitales estresantes y negativos, interacciones cerebroambientales y ritmos biológicos ya que algunas personas presentan episodios depresivos en determinada estación del año.<sup>13,14</sup>

## **FACTORES DE RIESGO**

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo la probabilidad de su desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos: antecedentes familiares, distimia, rasgos de la personalidad

neurótica, circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, maternidad, etc.), enfermedades endocrinas (dm, híper o hipotiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, etc.), polimorfismo de gen (transporte de serotonina), trastorno de ansiedad, alcohol y tabaco, cardiopatías, pobreza, estrés crónico, sexo femenino y puerperio inmediato. <sup>14</sup>

## **EVALUACION DEL PACIENTE**

### **SINTOMAS:**

Pueden dividirse en:

- a) Emocionales: Disforia, irritabilidad, anhedonía, retraimiento social.
- b) Cognitivos: Autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión.
- c) Vegetativos: Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnias, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de la libido.
- d) Rasgos psicóticos; Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas, visuales.

### **EVALUACION DIAGNOSTICA:**

El diagnóstico de la depresión es clínico estableciendo una historia médica completa. Evaluar síntomas, inicio, duración, presentación, recurrencia, tratamiento o no de los mismos; pensamientos de muerte o suicidio. Además establecer trastornos depresivos en familiares. Descartar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar.



Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage; la Escala de Depresión de Zung; el Inventario de Depresión de Beck; el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.<sup>14</sup>

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR).<sup>14,15</sup>

## **CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EPISODIO ÚNICO**

**CRITERIO A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada diario

- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**CRITERIO B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

**CRITERIO C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**CRITERIO D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**CRITERIO E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

## **CRITERIOS DIAGNOSTICOS GENERALES DE EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE -10**

**CRITERIO A:** Episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas

**CRITERIO B:** Episodio no atribuible a uso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

**CRITERIO C:** Síndrome somático.

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades normalmente placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida del peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual

### **CLASIFICACIÓN:**

Según los criterios mencionados la depresión puede dividirse en:

#### **TRASTORNO DEPRESIVO LEVE**

Es frecuente, produce un síndrome crónico desagradable e incapacitante, están presentes 2 ó 3 síntomas del criterio B, sus características son las siguientes:

**Síntomas persistentes** tales como depresión, síntomas de ansiedad, dificultades con el sueño, empeoramiento por la tarde, pesimismo, pero no tiene ideas de suicidio, falta de energía y de disfrute.

## **TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO:**

Su intensidad es moderada, están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas; e incluye las siguientes características:

**Aspecto:** Aspecto triste, inhibición psicomotora.

**Humor depresivo:** Tristeza y desánimo, variación diurna: empeoramiento matutino, ansiedad, irritabilidad, agitación.

**Falta de interés y de disfrute:** Reducción de la energía, falta de concentración, mala memoria subjetiva.

**Pensamiento pesimista:** Pensamientos pesimistas y de culpa, ideas de fracaso personal, desesperanza, ideas suicidas, autoacusaciones, ideas hipocondriacas.

**Síntomas biológicos:** Despertar precoz y otras alteraciones del sueño, pérdida de peso, disminución del apetito, reducción del deseo sexual.

**Otros síntomas:** Síntomas obsesivos, Despersonalización, Fobias, Síntomas conversivos.

## **TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE.**

Se hacen más severas las características descritas aumentando su intensidad, deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas; además de incluirse síntomas adicionales como:

- Delirios de (minusvalía, culpa, enfermedad, pobreza, negación, persecución).
- Alucinaciones (auditivas y rara vez visuales)

## TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes pueden ser tratados ambulatoriamente. Las depresiones leves pueden tratarse con psicoterapia, la depresión moderada y grave requieren también de farmacoterapia. La farmacoterapia debe mantenerse tanto como dure el episodio depresivo (6 meses). Dar consejos específicos a los pacientes y no establecer objetivos inalcanzables. Es importante sugerir la compañía de otras personas. El tratamiento antidepresivo del enfermo con diabetes y depresión se debe basar inicialmente en el apego y la tolerancia al mismo.

Sin embargo, la elección del fármaco debe tomar en cuenta la posible ganancia de peso que aparece como efecto colateral, los cambios metabólicos que surgen como efecto directo del medicamento (algunos medicamentos elevan los niveles de glucosa) y las interacciones potenciales con otros fármacos, en especial con los medicamentos euglucemiantes. Todo ello debe ser tomado en cuenta para evitar la aparición del síndrome metabólico y las complicaciones típicas del aumento de peso.

- **Tratamiento farmacológico:**Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y antidepresivos “atípicos”
- **Psicoterapia**
- **Otros tratamientos:**Terapia electro convulsiva, Autoayuda guiada, Ejercicio físico y en casos necesarios hospitalización<sup>14,15,16</sup>

## FAMILIA

La palabra "familia" proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el pater, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar.<sup>17</sup>

De acuerdo con Friedman, la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad.

La familia es un sistema, que a su vez se compone de subsistemas, mismos que son: Subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos).<sup>18</sup>

## **DEFINICIÓN**

No existe una definición de familia aceptada por todos. Así, cuando hablamos de “familia” cada uno de nosotros puede tener su propia concepción del término, así que a continuación se mencionan las principales definiciones de familia:

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) es un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

El autor Salvador Minuchin (Escuela estructural sistémica) define a la familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Según Gabriel Smilkstein (Creador del APGAR Familiar) la familia es un grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero.

La familia es un grupo de 2 o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción según el Consenso Norteamericano.<sup>17, 18,19</sup>

## **COMPONENTES DE LA FAMILIA**

Desde un punto de vista amplio podemos decir que la familia está constituida por los siguientes componentes:

- Miembros Individuales
- Vivienda y Entorno físico
- Grupo Familiar

## **TIPOLOGIA FAMILIAR:**

- Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:
- Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi-integrada o desintegrada.
- Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.
- Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.
- Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.<sup>17, 18,19</sup>



### **A. Según el desarrollo:**

**Moderna:** se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

**Tradicional:** es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

**Arcaica:** su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

### **B. Según su demografía:**

**Rural:** habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

**Suburbana:** tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

**Urbana:** se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

### **C. Según su integración:**

**Integrada:** ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

**Semi-integrada:** ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

**Desintegrada:** los conyugues se encuentran separados.

#### **D. Por su composición:**

**Nuclear:** cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

**Seminuclear:** (monoparental) solo cuenta con un conyugue, e hijos.

**Extensa:** conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

**Extensa compuesta:** los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

#### **FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA**

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.**<sup>19</sup>

## **CICLO VITAL FAMILIAR.**

El estudio del ciclo de vida de una familia permite al médico familiar analizar genéricamente la historia natural de la familia, desde su formación hasta su disolución. Ello permite prever una serie de fenómenos (crisis normativas y no normativas) que pueden afectar la salud familiar y poder anticiparse a ellos

### **FASES DEL CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN GEYMAN (1980):**

1. Fase de matrimonio
2. Fase de expansión
3. Fase de dispersión
4. Fase de independencia
5. Fase de retiro y muerte

### **FASES DEL CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN DUVALL (1971):**

- I. Comienzo de la familia (“nido sin usar”)
- II. Familia con hijos (hijo mayor hasta 30 meses)
- III. Familia con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
- IV. Familia con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
- V. Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
- VI. Familias como “plataforma de colocación” o “despegue” (desde que se va el primerhijo hasta que lo hace el último)
- VII. Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
- VIII. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

## **EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA**

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera.

En caso de enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos será merecedor de apoyo terapéutico especializado.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc.; el

desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo. Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave, que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario del paciente crónico, como es el caso del paciente nefrótico o pediátrico. Finalmente es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social el cual está limitado para llevarse a cabo de una manera normal debido a que en ocasiones se tiene que aislar al miembro enfermo para poder atenderlo.

Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; no sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.<sup>20</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus Tipo 2 en los últimos años se han convertido en un problema de salud no solo en nuestro país sino a nivel mundial, fenómeno que afecta a toda la población general sin importar estrato social, sexo e inclusive la edad ya que se ha observado un incremento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 a edades más tempranas, lo cual repercute no solo del paciente y su familia sino de todo el entorno de los paciente diagnosticados como el laboral, social, etc. Por lo cual las diversas instituciones de salud han tomado medidas para prevenir que este padecimiento afecte de la salud de los pacientes.

La diabetes y la depresión tienen relación entre ellas, ya que el afrontar el hecho de ser portador de una enfermedad crónica puede ser condicionante de sufrir depresión por diversas causas, ya que no siempre es fácil asumir un nuevo régimen en los hábitos higiénico dietéticos, por lo cual se es propenso a generar trastornos tanto a nivel físico como psicológico, tal es el caso de la depresión, a lo cual la familia juega un rol fundamental para sobrellevar y afrontar la enfermedad con un adecuado control evitando así futuras complicaciones lo cual aumentara la calidad de vida para el paciente.

Estos acontecimientos han repercutido de manera importante en las diversas instituciones de salud, no estando exento el Instituto Mexicano del Seguro Social generando así aumento en los costos, no solo del tratamiento para el control de la Diabetes Mellitus, también el de las diversas complicaciones que esta puede arrojar, tales como ceguera, amputaciones de piernas, insuficiencia renal y neuropatía periférica.

Por eso la importancia de este proyecto en enfocar la problemática desde el punto de vista familiar, ya que el médico que básicamente se encuentra en contacto continuo con estos pacientes es el médico familiar, pudiendo así encontrar alternativas que pueden ayudar a los paciente a mantener un estilo de vida saludable apoyándose básicamente en la familia.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos de la UMF N° 20?**

## JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus y la Depresión representan un problema de salud creciente que demanda intervenciones de salud, ya que es una de las principales causas de muerte e incapacidad.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda el inicio de la depresión. Cada persona tiene una manera particular de responder a las alteraciones emocionales, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo.

Los pacientes que cursan con DM enfrentan múltiples problemáticas, desde el ámbito médico, psicológico y social cuya complejidad aumenta con el tiempo y las complicaciones de la enfermedad por lo cual la familia juega un papel fundamental en el manejo, control y apoyo en el manejo de la misma.

Debido a que en la UMF N° 20. Pátzcuaro Michoacán, se ha observado un aumento en la incidencia de la consulta de Medicina Familiar, y de atención médica continua tanto por padecimientos crónicos degenerativos como por trastornos depresivos se considera adecuado conocer la asociación que existe entre la depresión y la funcionalidad familiar en paciente con Diabetes Mellitus así como la probable relación con algunas de las variantes sociodemográficas para poder establecer medidas de control y prevención de posibles complicaciones asociadas entre dichos padecimientos.



Con los resultados obtenidos se pretende ayudar al paciente a conocer distintas alternativas para mantener un adecuado control, apoyándose en la familia para mejorar la calidad de vida.

## **HIPOTESIS**

Existe relación de la depresión con la disfunción familiar en pacientes diabéticos.

## **HIPOTESIS NULA**

No existe relación de la depresión con la disfunción familiar en pacientes diabéticos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación que existe entre la depresión y la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos de la UMF N° 20.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar la edad promedio de pacientes con Diabetes.

Determinar la edad promedio de los pacientes con Depresión.

Determinar el grado de depresión en relación al género.

Identificar el tiempo de evolución de la diabetes.

Identificar si existe disfunción familiar en los pacientes diabéticos.

Identificar los pacientes controlados en relación a los pacientes descontrolados.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

- Descriptivo
- Observacional
- Trasversal
- Prospectivo

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Este es un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal; en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 20, del 01 de noviembre del 2014 al 28 de febrero del 2015, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se solicitó el consentimiento informado del paciente (anexo 2) para la realización de la encuesta de datos sociodemográficos (anexo 3), que incluye nombre, número de seguridad social, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de familia, talla, estatura, IMC, tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus, últimas tres cifras de glucosa; posteriormente se aplicará el test de Beck (Beck Depression Inventory BDI)(Anexo 4). Que es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. La versión original 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.

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe 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 0-13; mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Posteriormente se aplicarán los instrumentos de funcionalidad familiar APGAR familiar (anexo 5). Es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener

una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

Los ítems de la escala se califican como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional.

La escala ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado su validez de constructo, la validez factorial. La consistencia interna de la escalas es de 0.81 y la fiabilidad test-retest es de 0.8.

## **RECURSOS**

El investigador principal aplicó las encuestas y recolectó los datos con recursos propios, tales como hojas, lápices etc. Y cifras tomadas de resultados de laboratorio, indicados mediante las normas establecidas.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

La muestra es a conveniencia del investigador, en donde el total de pacientes de la UMF 20 es de 2255, se incluirán los pacientes que cumplan los criterios de selección en el periodo comprendido de noviembre 2014 a febrero del 2015.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 20.0).

La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asociaron a un *P-valor*  $<.05$ . Se presentan tablas de contingencia y gráficos en barras de frecuencia o porcentaje.

Para los instrumentos o constructos involucrados (APGAR y BECK) se les aplicó análisis de confiabilidad para obtener una validez de la muestra mediante el estimador Alpha de Cronbach, y se reconfirmo dicha validez por el método de las mitades (Spearman-Brown).

Los estadísticos de contraste fueron ANOVA análisis de varianza de una vía con prueba Post Hoc de H.Tuckey con la finalidad de discriminar subconjuntos homogéneos.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **INCLUSION.**

- Pacientes con DM tipo 2 y algún grado de depresión.
- Pacientes que acepten el estudio de investigación.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

### **EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes sin depresión.
- Pacientes sin diagnóstico de DM 2

### **ELIMINACIÓN:**

- Pacientes que no desean continuar el estudio de investigación
- Pacientes con datos incompletos.

## VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE.

- **Diabetes Mellitus Tipo 2.** Es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo nexo en común es la hiperglucemia secundaria a un déficit de secreción de la insulina, a un defecto de su actividad metabólica o ambos.

### VARIABLE INDEPENDIENTE.

- **Depresión.** Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad.
- **Funcionalidad familiar.** Se define como la forma de relación en la que interactúan los miembros de una familia.
- **Edad**
- **Sexo**
- **Estado civil**
- **Escolaridad**
- **Ocupación**
- **Tipo de familia**
- **Talla**
- **Estatura**
- **IMC**



## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIZACION VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
<b>Dependiente</b>  Diabetes.	Es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo nexo en común es la hiperglucemia secundaria a un déficit de secreción de la insulina, a un defecto de su actividad metabólica o ambos.	La Cifras se expresan en mg/dl. Glucemia Ayuno > 126. Glucemia casual >200 mg/dl. Glucemia postprandial >200	Cuantitativa Continúa	mg/dl
<b>Independientes</b>  Depresión	Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad.	Evaluada mediante el Test de Beck  Puntaje mayor a 14	Cualitativa Ordinal	0-13 mínima 14-19 leve 20-28 moderada 29-63 grave
Funcionalidad familiar	Funcionamiento familiar se define como la forma de relación en la que interactúan los miembros de una familia.	Evaluada mediante el APGAR familiar.	Cualitativa Ordinal	Altamente Moderadamente funcional Severamente disfuncional
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	La edad se expresa en años	Cuantitativa Discreta	Años
Género	Condición orgánica que	Mediante interrogatorio	Cualitativa. Nominal	Masculino Femenino

	distingue a las personas si es hombre o mujer			
Estado civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto de vista del registro civil. siguiente: soltero /a – casado /a – divorciado /a – viudo /a.	Mediante interrogatorio el que refiera el encuestado	Cualitativa Nominal	Viudo Casado Soltero Separado Unión Libre Divorciado
Escolaridad	Promedio del número de grados escolares aprobados por una población.	Grado de estudio a recibido la persona	Cuantitativa Discreta	Años de escolaridad
Ocupación	Trabajo u oficio que una persona se dedica en un determinado tiempo	La que refiera el al interrogatorio	Cualitativa Nominal	Actividad laboral
Tipo de familia	Características de una familia.	Se valorara de acuerdo a su desarrollo según Irigoyen	Cualitativa Nominal	Moderna Tradicional Arcaica.
Talla	Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones.	Medición mediante estadímetro en metros	Cuantitativa Continua	Centímetros
Peso	Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.	Medición mediante bascula en kg	Cuantitativa Continua	Kilogramos
IMC	es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza	Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su	Cuantitativa Continua	Normal: IMC >18 y <25 Sobrepeso: IMC >25- <27 Obesidad: IMC

	frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos	talla en metros (kg/m2).		>27.
Tiempo de Diagnostico	Tiempo que transcurre con el padecimiento desde el momento del diagnostico	Tiempo transcurrido en anos, referido por el paciente, desde el diagnóstico de diabetes hasta la fecha actual	Cuantitativa Discreta	Años
Últimas cifras de Glucosa	análisisbioquímico en sangre para valorar cifras en mg/dl	Se verificara en estudios recientes o en expediente electrónico	Cuantitativa Continúa	Mg/dl

## ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación tiene normas éticas establecidas de acuerdo a la declaración de Helsinki donde especifica más detalladamente la investigación clínica, reflejando cambios en la práctica médica desde el término "experimentación humana" usado en el Código de Núremberg con los principios básicos. El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre

precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

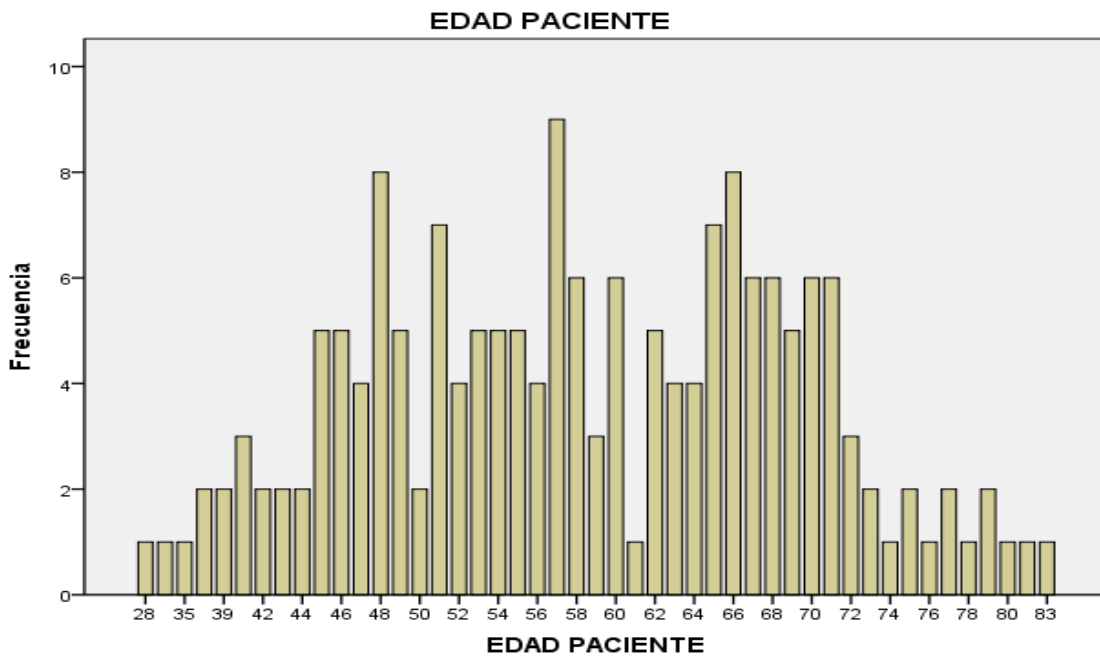
El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo.

En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25), en conjunto con lo estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud como marca el artículo 17 de esta Ley siendo un estudio de investigación de riesgo II (Riesgo mínimo) y se hará una vez autorizado por el Comité Local de Investigación Médica.

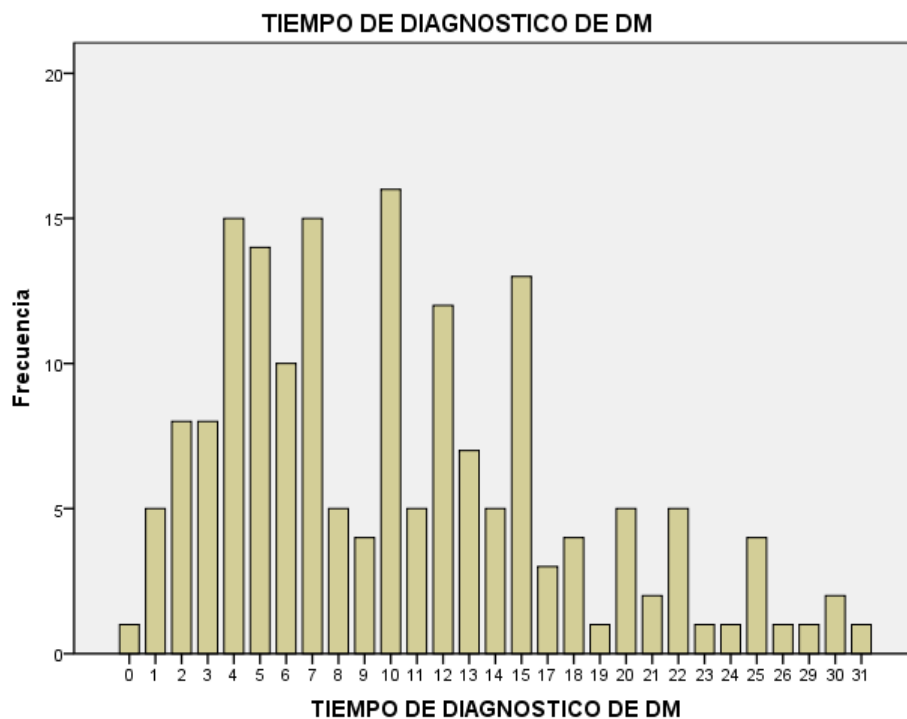
## RESULTADOS

En el periodo comprendido de noviembre del 2014 a febrero de 2015 se ingresaron 180 pacientes de los cuales se eliminaron 6 por no continuar con las evaluaciones.

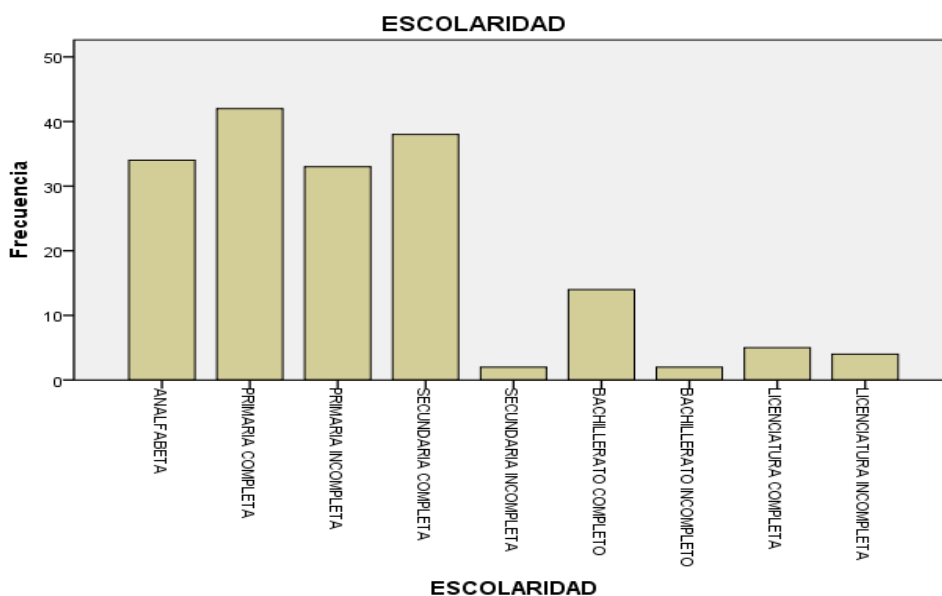
Se estudiaron 174 pacientes analizados en el trabajo de investigación 72 (41.5 %) son del sexo masculino y 102 (58.6 %) son del femenino, la media de edad es de 58.37 (cuadro 1), con rangos de edad que van de 28 a 83 años, con una desviación estándar de 10.91 (grafica 1),



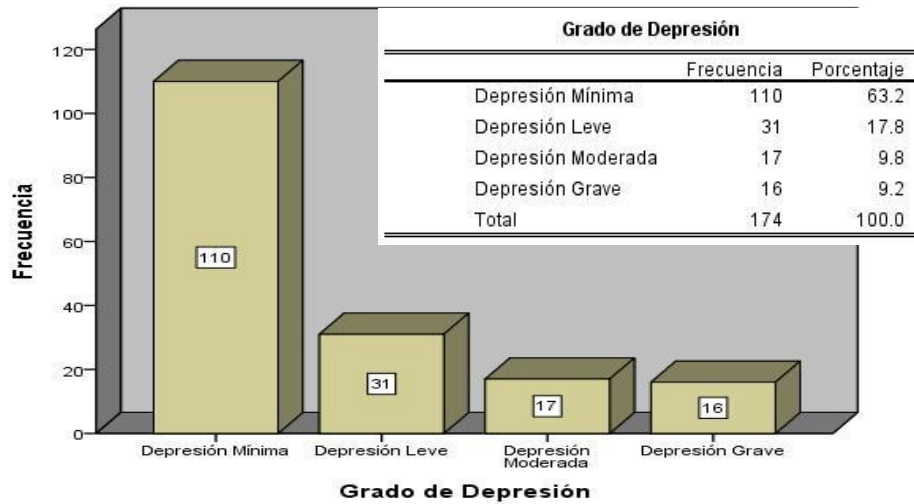
Los rangos de evolución de la Diabetes son de 1 a 31 años (grafica 2).



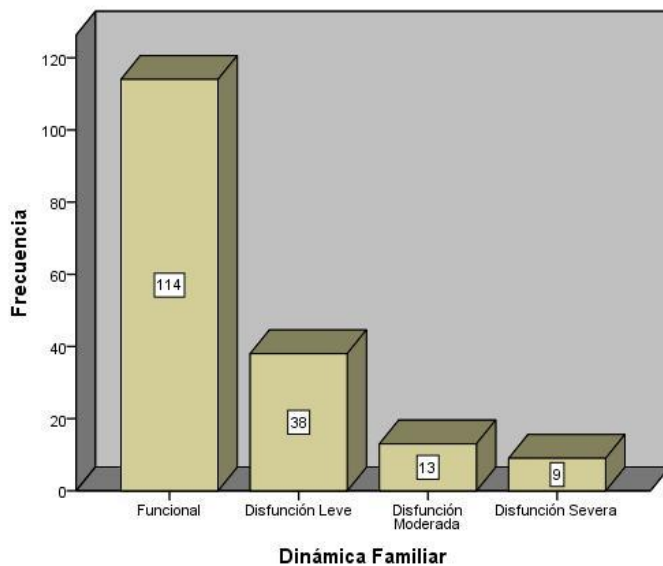
De acuerdo a la escolaridad en los pacientes diabéticos encuestados el 19.5 % son analfabetas, el 19.0 % tienen primaria incompleta, el 24.1% con primaria completa (grafica 3), en cuanto a la ocupación el 48.9% se dedican al hogar (cuadro 2), el tipo de familia en base a su desarrollo según Irigoyen es de tipo tradicional en un 79.9 % y el 76.4% son casados (cuadro 3).



En cuanto a los paciente encuestados el 63.2 % presentan depresión mínima, 17.8% con depresión leve, 9.8% con depresión moderada y 9.2% con depresión grave (Grafica 4).



La encuesta de funcionalidad familiar arrojó los siguientes resultados, familias funcional en un 65.5 %, familias con disfunción leve 21.8%, familias disfunción moderada 7.5 %, familias con disfunción severa 5.2% (grafica 5).



En relación a los pacientes con depresión el promedio de edad de acuerdo al grado de depresión es  $56.85 \pm 0.9$  años en depresión mínima,  $61.03 \pm 1.7$  años en depresión leve,  $58.53 \pm 2.8$  años con depresión moderada,  $63.56 \pm 3.3$  años con depresión severa (cuadro 4).

VARIABLE	DEPRESION				F	Sig.
	MINIMA N = 110	LEVE N = 31	MODERADA N = 17	GRAVE N = 16		
Edad (años)	56.85±0.9	61.03±1.7	58.53±2.8	63.56±3.3	11.522	.485
Talla (mts)	1.59±0.1	1.56±0.1	1.56±0.1	1.54±0.1	2.958	.034*
Peso (kg)	74.09±1.2	72.55±2.6	72.06±3.2	66.53±3.1	1.549	.204

El grado de depresión en relación al género masculino 31% presentan depresión mínima, 6.3% presentan depresión leve, 2.3% con depresión moderada y 1.7% con depresión grave y en relación al género femenino 32.2% presentan depresión mínima, 11.5% presentan depresión leve, 7.5% con depresión moderada y 7.5% con depresión grave (cuadro 5).

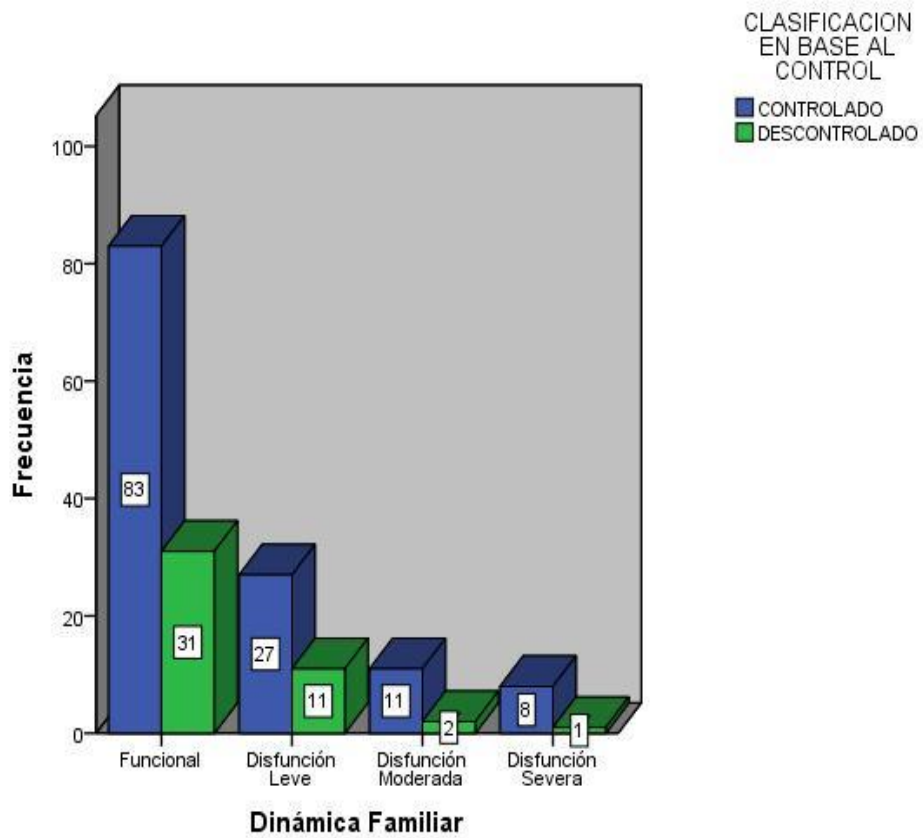


VARIABLE	DEPRESION				Ch <sup>2</sup>	Sig.
	MINIMA N = 110 F (%)	LEVE N = 31 F (%)	MODERADA N = 17 F (%)	GRAVE N = 16 F (%)		
<b>Género</b>					<b>8.752</b>	<b>.033*</b>
H	54(31.0)	11(6.3)	4(2.3)	3(1.7)		
M	56(32.2)	20(11.5)	13(7.5)	13(7.5)		
<b>Estado Civil</b>					<b>13.810</b>	<b>.313</b>
Soltero(a)	5(2.9)	-	1(0.6)	-		
Casado(a)	87(50.0)	24(13.8)	13(7.5)	9(5.2)		
Divorciado(a)	1(0.6)	1(0.6)	1(0.6)	1(0.6)		
Viudo(a)	14(8.0)	6(3.4)	2(1.1)	6(3.4)		
Unión Libre	3(1.7)	-	-	-		
<b>Escolaridad</b>					<b>25.361</b>	<b>.386</b>
Analfabeta	15(8.6)	9(5.2)	5(2.9)	5(2.9)		
Prim. Completa	28(16.1)	7(4.0)	4(2.3)	3(1.7)		
Prim. Incompl.	16(9.2)	8(4.6)	5(2.9)	4(2.3)		
Sec. Completa	29(16.7)	4(2.3)	1(0.6)	4(2.3)		
Sec. Incompl.	2(1.1)	-	-	-		
Bach. Completo	12(6.9)	2(1.1)	-	-		
Bach. Incompl.	1(0.6)	-	1(0.6)	-		
Lic. Completa	3(1.7)	1(0.6)	1(0.6)	-		
Lic. Incompl.	4(2.3)	-	-	-		
<b>Tipo de Familia</b>					<b>5.158</b>	<b>.161</b>
Tradicional	86(49.4)	29(16.7)	13(7.5)	11(6.3)		
Moderna	24(13.8)	2(1.1)	4(2.3)	5(2.9)		

En cuanto a la dinámica familiar en base al control se observó que en los pacientes controlados contaban con una dinámica familiar funcional en 47.7%, disfunción leve en 15.5%, disfunción moderada en 6.3% y disfunción severa 4.6%. La relación con los pacientes descontrolados cuentan con dinámica funcional de 17.8%, disfunción leve en 6.3%, disfunción moderada en 1.1% y con disfunción severa con 0.6%. (Cuadro 6, grafica 6).

**Tabla de contingencia**

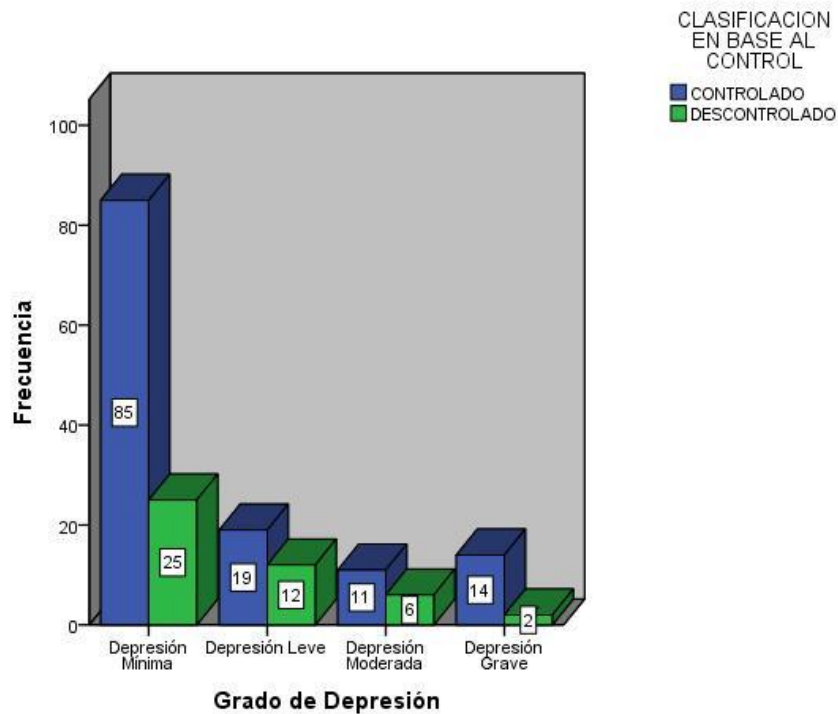
		CLASIFICACION EN BASE AL CONTROL			
		CONTROLADO	DESCONTROLADO	Total	
Dinámica Familiar	Funcional	Frecuencia	83	31	114
		% del total	47.7%	17.8%	65.5%
	Disfunción Leve	Frecuencia	27	11	38
		% del total	15.5%	6.3%	21.8%
	Disfunción Moderada	Frecuencia	11	2	13
		% del total	6.3%	1.1%	7.5%
	Disfunción Severa	Frecuencia	8	1	9
		% del total	4.6%	0.6%	5.2%
Total	Frecuencia	129	45	174	
	% del total	74.1%	25.9%	100.0%	



La clasificación del nivel de depresión en relación a pacientes controlados arrojo los siguientes resultados. Pacientes controlados con depresión mínima 48.9%, depresión leve 10.9%, depresión moderada 6.3%, depresión grave 8.0%, pacientes descontrolados con depresión mínima 14.4%, depresión leve 6.9%, depresión moderada 3.4%, depresión grave 1.1%.

**Tabla de contingencia**

		CLASIFICACION EN BASE AL CONTROL			
		CONTROLADO	DESCONTROLADO	Total	
Grado de Depresión	Depresión Mínima	Frecuencia	85	25	110
		% del total	48.9%	14.4%	63.2%
	Depresión Leve	Frecuencia	19	12	31
		% del total	10.9%	6.9%	17.8%
	Depresión Moderada	Frecuencia	11	6	17
		% del total	6.3%	3.4%	9.8%
	Depresión Grave	Frecuencia	14	2	16
		% del total	8.0%	1.1%	9.2%
Total		Frecuencia	129	45	174
		% del total	74.1%	25.9%	100.0%



**CUADRO 1. PORCENTAJE POR GENERO DE PACIENTES PORTADORES DE DM**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	72	41.4	41.4	41.4
	MUJER	102	58.6	58.6	100.0
	Total	174	100.0	100.0	

Se estudiaron 174 pacientes diabéticos de los cuales el 41.4 % son de género masculino y 58.6 del sexo femenino. (Datos obtenidos mediante la encuesta de aspectos sociodemográficos).

**Cuadro 2. TIPO DE FAMILIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TRADICIONAL	139	79.9	79.9	79.9
	MODERNA	35	20.1	20.1	100.0
	Total	174	100.0	100.0	

El tipo de familia en base a su desarrollo según Irigoyen en su mayoría es tradicional siendo un porcentaje de 79.9% del total.

**Cuadro 3. ESTADO CIVIL** se observó que el estado civil predominante es el de casado y que de acuerdo a grupo de edad le continua pacientes viudo..

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERO	6	3.4	3.4	3.4
	CASADO	133	76.4	76.4	79.9
	DIVORCIADO	4	2.3	2.3	82.2
	VIUDO	28	16.1	16.1	98.3
	UNION LIBRE	3	1.7	1.7	100.0
	Total	174	100.0	100.0	

## **DISCUSIÓN.**

En este estudio se observó que las enfermedades crónicas en específico la Diabetes Mellitus puede ser una patología concomitante para presentar depresión, mas no es condicionante de la misma, y que la familia forma parte esencial para el control, ya que afecta la calidad de vida de los pacientes. Siendo muchas veces el estado depresivo y falta de redes de apoyo familiar lo que afecta el control del paciente diabético.

En este estudio se demuestra que los paciente con diabetes Mellitus presentan un buen grado de funcionalidad familiar en contraste a los que algunos autores han descrito (Pineda y Bermúdez), que existe relación en cuanto al grado de depresión y el descontrol de la Diabetes Mellitus tipo 2, sin embargo tenemos que considerar las variables de la población, el tiempo del estudio y las actitudes de la familia ante el enfermo.

En este estudio que los niveles graves de depresión son menos frecuentes que los leves, y que la funcionalidad familiar de los mismos es aparentemente adecuada.

Cabe destacar la presencia de depresión es en el género femenino con respecto al masculino y predominantemente en personas casadas con aparente funcionalidad familiar.

Como se pudo observar la dinámica familiar en base al control se observó que en los pacientes controlados contaban con una dinámica familiar funcional en 47.7%, disfunción leve en 15.5%, disfunción moderada en 6.3% y disfunción severa 4.6%. La relación con los pacientes descontrolados cuentan con dinámica funcional de 17.8%, disfunción leve en 6.3%, disfunción moderada en 1.1% y con disfunción severa con 0.6%. En base al nivel de depresión en relación a pacientes controlados arrojo los siguientes resultados. Pacientes controlados con depresión mínima 48.9%, depresión leve 10.9%, depresión moderada 6.3%, depresión grave 8.0%, pacientes descontrolados con depresión mínima 14.4%, depresión leve 6.9%, depresión moderada 3.4%, depresión grave 1.1%.

Por lo cual es conveniente la detección de etapas tempranas de depresión en pacientes diabéticos como medida de prevención en la asociación de posibles complicaciones.

## CONCLUSIONES

Nosotros observamos una relación de la existencia de depresión leve en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de los cuales no se asoció una disfunción familiar. Solo en un caso se asoció la depresión grave con disfunción familiar.

La evolución del paciente diabético debe ser integral, abarcando los niveles plasmáticos de glucosa, escalas de depresión, así como valoración de la funcionalidad familiar para establecer pautas y estrategias para tener un adecuado control.

Existen distintos programas preventivos en nuestras unidades de medicina familiar están enfocados a evitar las enfermedades infectocontagiosas y las crónicas degenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental.

La frecuencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus analizados indica que en nuestro medio los trastornos mentales pueden llegar a ser un problema de salud pública que debemos enfrentar, ya que la depresión es una condición susceptible de ser tratada y, cuando se reconoce, es posible disminuir la intensidad de los síntomas y prevenir nuevos episodios.

Es por esto que en el primer nivel de atención de salud se deben incluir acciones preventivas y de promoción dirigidas a dar apoyo psicológico para los familiares y los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus; más aún si provienen de una familia disfuncional, ya que esto puede contribuir a que la prevalencia de depresión en estos pacientes sea frecuente.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zavala M, Ríos M: Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica Chía, Colombia 2009: 9(3): 257-270
- 2.- Diagnostico Y Tratamiento De La Depresión En El Adulto Mayor En El Primer Nivel De Atención. México: Secretaria De Salud, 2011.
- 3.-Fentanes B: La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, Archivos en Medicina Familiar, 2004 6(3): 61-63.
- 4.-N Pineda, V Bermúdez, et al: Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2004: 23(1).
- 5.- D. Campagne: Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. Medicina de Familia Semergen: 2012: 38(5):301-31.
- 6.- De los Ríos J, Ávila T: Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Revista Médica Del Hospital General De México, S.S., 2005: 68(3): 142–154.
- 7.-Alviso L, Ramírez M: El paciente con diabetes mellitus y depresión. El Residente <http://www.medigraphic.org.mx>. 2009: 4(2): 47-50.
- 8.- Molina a, Acevedo O: 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. RevEspMédQuir. 2013: 18:13-18
- 9.- Zarate A, Hernández V: Conocimientos generales sobre diabetes: acerca de su prevención y manejo. Acta médica grupo Ángeles. 2007: 5(2) 93-95.

- 10.- Meléndez E, Sánchez G: Diabetes mellitus: Aspectos modernos de la problemática: RevFacMed UNAM, 2007: 50(3)
- 11.- Serrano R, Barutell L: Recomendaciones de la ADA 2006 en la práctica clínica para el manejo de la diabetes mellitus. Diabetologíaal día. 2006: 4(3): 25-36.
- 12.- Rivas V, García H: Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. 2011: 17(1): 30-35.
- 13.- Lara M, Robles R, et al: Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. Salud Mental 2010; 33:301-308
- 14.-Lizondo G, LLanqu: Actualizaciones Depresión Rev Paceaña Medicina Familiar 2008; 5(7): 24-31
15. American Psychiatric Association. Criterios Diagnósticos (DSM-IV-TR) Barcelona: Masson; 1995.
- 16.- Natera G, González C: Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. Salud Mental 2012 35(1):1-2
- 17.- Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte 2012 326-345.
- 18.- Estrella E, Suárez M: Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA, 2006. 1(1):38 - 47
19. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar II. <http://www.medigraphic.org.mx>. 2005: 7(1): 15-19
- 20.- Fernández M: El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM. 2004: 47(6).

## ANEXOS1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo 2014	Abril 2014	Marzo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Agosto 2014	Septiembre 2014	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015	Agosto 2015	Octubre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Marzo 2016	Mayo 2016	Julio 2016	Septiembre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	
Elección del tema		X	X																						
Elaboración del Protocolo				X	X	X																			
Presentación ante el Comité							X																		
Registro ante el SIRELCIS								X																	
Modificación de Acuerdo al Comité								X	X																
Revisión Bibliográfica									X																
Aplicación de la Encuesta									X	X	X	X													
Resultados													X	X	X										
Análisis de datos																X	X								
Discusión																		X	X	X					
Presentación ante el comité.																						X	X	X	X

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre: \_\_\_\_\_

NSS \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Tipo de familia \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_ años

Últimas tres cifras de glucosa \_\_\_\_\_ mg/dl-fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mg/dl-fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mg/dl-fecha \_\_\_\_\_

Controlado \_\_\_\_\_ Descontrolado \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck DepressionInventory)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

#### 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 autocritico 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, catarrros, 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.

## **PUNTAJE**

**0-13 mínima depresión**

**14-19 depresión leve**

**20-28 depresión moderada**

**29-63 depresión grave.**

## ANEXO 4

### CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero					

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

Análisis:

- Familias altamente funcionales 18-20 puntos
- Familias moderadamente disfuncionales 14-17 puntos
- Familias levemente disfuncionales 10-13 puntos
- Familias severamente disfuncionales 0-9 puntos



## Anexo 5: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 20PÁTZCUARO MICHOACÁN

Municipio de Pátzcuaro Mich., A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Depresión y la funcionalidad familiar en pacientes diabéticos de la UMFN° 20” en la UMF N° 20” registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número \_\_\_\_\_ R-2014-1603-18

**Justificación:** La Diabetes Mellitus y la Depresión representan un problema de salud creciente en cual la familia juega un papel fundamental en el manejo, control y apoyo en el manejo de la misma

**El objetivo** de este estudio es determinar la asociación que existe entre la depresión y la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos

**Procedimientos:** Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre la relación entre los miembros de mi familia, así como datos personales como, la edad que tiene, a que se dedica, donde vive, hasta qué grado estudio, peso, talla, últimas cifras de glucosa.

**Posible riesgo y molestias:** Se me ha explicado de los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas y no incluye ninguna intervención. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad es contestar algunas preguntas de la intimidad de mi familia.

**Posibles beneficios:** Los beneficios posibles de participar en este estudio es que de encontrarse alteración algún cuadro depresivo se pueda tratar o canalizar para su manejo.

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:** Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una probable intervención para el tratamiento de la depresión.

**Participación o retiro:** He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dr. Jonatan Ruiz Orozco Tel: 4432 163303

Investigador asociado: Dr. Eduardo A. Ung Medina Tel: 4432 163303

Investigador asociado: Dr. Jerónimo CamachoPérez. Tel: 4525243731

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dr. Jerónimo CamachoPérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien 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: [comisión.etica@imss.gob.mx](mailto:comisión.etica@imss.gob.mx)

---

Nombre y firma del paciente

---

Investigador Responsable

TESTIGOS

---

Nombre y firma

---

Nombre y firma