



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” ISSSTE

**Frecuencia de depresión y el perfil familiar del paciente diabético
del “Módulo Diabetes por Etapas” en la Clínica de Medicina
Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



LOGO ISSSTE



Dra. Argelia Sánchez Chávez

Asesor de tesis:

Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández

Ciudad de México, Distrito Federal

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y EL PERFIL FAMILIAR DEL
PACIENTE DIABÉTICO DEL “MÓDULO DE DIABETES POR
ETAPAS” EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA
NACIONAL” DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Argelia Sánchez Chávez

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

DRA. MARÍA LUISA VILLASEÑOR CASTILLO
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” ISSSTE)

DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” ISSSTE)

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL
ISSSTE.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y EL PERFIL FAMILIAR DEL PACIENTE
DIABÉTICO DEL “MÓDULO DE DIABETES POR ETAPAS” EN LA CLÍNICA
DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” DEL ISSSTE**

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

PRESENTA:

Dra. Argelia Sánchez Chávez

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: A quienes agradezco su tiempo, dedicación, desvelo, cariño, regaños, para lograr ser una mejor persona cada día, y lograr cumplir cada etapa de mi vida profesional.

A MIS HERMANOS: Aunque existen diferencias entre nosotros, siempre han estado conmigo apoyándome y alentándome en todo lo largo de mi carrera.

A MI ASESOR: Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández, por aceptar asesorarme en este trabajo de investigación, aportándome los conocimientos necesarios para poder dar inicio y lograr la culminación de este trabajo.

A MIS PROFESORES: Dr. Carlos Eduardo Centurión Vigil, Dra. Ángela Torres González, Dr. Carlos Alejo Martínez Calles, los cuales siempre estuvieron a cargo de mi educación, transmitiéndome sus conocimientos.

A MIS PROFESORES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR: por aportarme los conocimientos necesarios para practicar con humanismo, amor mi profesión como Médico Familiar.

A MIS PROFESORES: Del Hospital General Tacuba, en especial a los Dres: Leglisse, Uribe, Tornero, Serrano y Solis, los cuales siempre fueron parte de mi educación en el medio hospitalario. Dedicándome su tiempo para adquirir los conocimientos necesarios para mi práctica profesional.

A MI AMIGO, compañero, cómplice y novio, quien me apoya incondicionalmente en todas mis decisiones, y quien siempre ha estado a mi lado en momentos tanto de felicidad como de fracasos.

RESUMEN

Objetivos: Conocer la frecuencia de depresión en el paciente diabético del módulo de diabetes, y su perfil familiar.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal, cualitativo, cuantitativo.

Material y métodos: Se realizó el estudio con un muestreo no probabilístico por conveniencia o por cuotas incluyendo un total de 100 pacientes que acuden al Módulo de diabetes por etapas de la Clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional", de los cuales 59 fueron mujeres y 41 hombres, estos debían de contar con estudios de laboratorio, y se realizó una entrevista para la aplicación del test de Zung, una autoescala de evaluación para la depresión la cual consta de 20 ítems que presenta un patrón de respuesta ordinal, y la elaboración de un genograma.

Resultados: De un total de 100 pacientes entrevistados, 59 fueron mujeres y 41 hombres, detectándose depresión en 23 pacientes de los cuales 14 fueron mujeres y 9 hombres, con depresión de grado leve y moderado.

Conclusiones: La depresión es una patología que se está presentando con mayor frecuencia, en el paciente diabético, por lo que es necesario que el personal de salud adquiera conocimientos para establecer un diagnóstico temprano, y establecer el tratamiento que corresponda.

Palabras clave: diabetes mellitus, depresión, genograma, familia.

SUMMARY

Objectives: Knowing the frequency of depression in diabetic patients diabetes module, and family profile.

Design: Observational, descriptive, cross-sectional, qualitative, quantitative.

Methods: The study was performed with a non-probability sampling for convenience or fees including a total of 100 patients attending the diabetes module phased Family Medicine Clinic "Marina Nacional", of which 59 were women and 41 men, they had to have laboratory studies, and interviewed to test the application of Zung, an autoscale evaluation for depression which consists of 20 items that have a pattern of ordinal response, and the development of a genogram.

Results: Of a total of 100 patients interviewed, 59 were women and 41 men, detecting depression in 23 patients, of whom 14 were women and 9 men with mild depression and moderate.

Conclusions: Depression is a disease that is occurring more frequently in diabetic patients, making it necessary for the health personnel to acquire knowledge to establish an early diagnosis and appropriate treatment setting.

Keywords: Diabetes mellitus, depression, genogram, family

TÍTULO: Frecuencia de depresión y el perfil familiar del paciente diabético del “Módulo de Diabetes por Etapas” en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE

ÍNDICE

1. Marco teórico.....	7
1.1 Diabetes Mellitus.....	7
1.2 Depresión.....	18
1.3 Genograma.....	30
2 Planteamiento del problema.....	39
3 Justificación.....	40
4 Objetivo.....	40
5 Hipótesis.....	41
6 Metodología.....	41
6.1 Población, lugar y tiempo.....	41
6.2 Tipo y tamaño de la muestra.....	41
6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	41
7 Variables.....	42
8 Método o procedimiento para captar información.....	49
9 Consideraciones éticas.....	49
10 Resultados.....	50
11 Discusión.....	62
12 Conclusiones.....	64
13 Referencias bibliográficas.....	66
14 Anexos.....	71

MARCO TEORICO

La historia de la diabetes se remonta a la dinastía XVIII de Amenofis II de Egipto en el año 1536 A.C. En los papiros de Ebers se describió una enfermedad consistente en pérdida de peso, poliuria y polifagia. En el siglo V a.C. el médico indú Sushruta, también describió sobre una síndrome similar y mencionó la orina dulce.¹

No fue hasta el siglo I d.C cuando Areteo de Capadocia en Grecia denominó este síndrome como Diabeneim, lo cual significa “sifóri” o “pasar a través de”. Galeno posteriormente lo atribuyó a la incapacidad del riñon para retener agua. Durante el Renacimiento, Paracelso “aisló” una sal en la orina de los diabéticos. Thomas Willis, en 1600, describió la orina como dulce. Fue Tomas Syderham (1624-1689) quien especuló que la diabetes era una enfermedad sistémica de la sangre que aparecía por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que ser excretado en la orina. Cullen en 1776, le dio el nombre de mellitus diferenciándola de la diabetes insípida.^{1,2}

Mathew Dobson (1725-1784) realizó estudios clínicos en grupos de pacientes diabéticos y concluyó que éstos tenían azúcar en la sangre y en la orina. Dobson pensó que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión, de forma que los riñones se limitan a eliminar el exceso. Por esos mismos años, John Rollo publicó observaciones sobre dos casos de diabéticos y describió el olor a acetona de la orina. En las últimas décadas del siglo XVIII y primeras del XIX, Thomas Cawley llegó a la conclusión de que la Diabetes Mellitus tenía un origen en el páncreas, con este concepto deja abierto el camino a Claude Bernard, Oskar Minkowsky y Josef von Mering.³

Los científicos Minkowsky y Von Mering, en 1889, encontraron que el origen de la diabetes era pancreático y no renal. En 1901 Ople le atribuyó el origen a alteraciones de los islotes de Lagerhans. Al inicio del siglo XX, dos investigadores demostraron que un extracto pancreático era capaz de descender la glucemia (Zuelser y Paulesco) pero sus investigaciones no fueron difundidas. Sólo hasta 1921, en Toronto Canadá, Frederic Banting y Charles Best, el primer ortopedista y el segundo un estudiante de medicina, trabajando en los laboratorios del Dr JJR Macleod encontraron un extracto, el cuál inyectado en perros pacreatectomizados producía una disminución de la glucosa circundante; este extracto inicialmente lo denominaron isletina pero luego lo bautizaron como insulina.¹

DEFINICION

La diabetes mellitus describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizada por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo en los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.⁴

Según la OMS. La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la

sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

EPIDEMIOLOGIA

En el año 2000, había en todo el mundo aproximadamente 171 millones de personas con diabetes. En los próximos 25 años, el número de personas con diabetes se elevará a más del doble hasta llegar a un total de 366 millones para el año 2030. La mayor parte de este aumento se deberá a un incremento del 150% en los países en vías de desarrollo. En los países en vías de desarrollo, es la gente de edad media, la que se encuentra en sus años de vida más productivos, quién está particularmente más afectada por la diabetes. (Ilustración 1) En estos países, tres cuartas partes de todas las personas con diabetes son menores de 65 años de edad, y el 25% de todos los adultos con diabetes son menores de 44 años. En los países desarrollados más de la mitad de las personas con diabetes son mayores de 65 años, y sólo el 8% de los adultos con diabetes son menores de 44 años.⁵

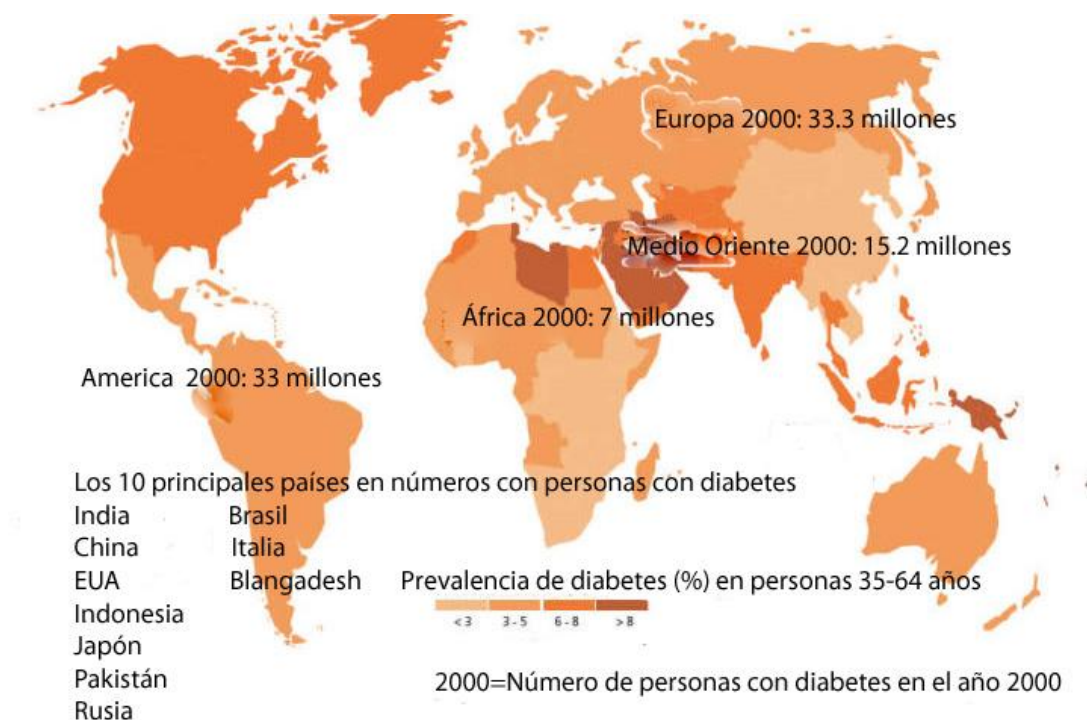


Ilustración 1 Estadísticas OMS

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5%, lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor.

En México, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año,⁶ cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento. La diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular. Es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.⁷

La DM2 suele iniciarse, en general, en las edades medias de la vida, si bien cada vez es más frecuente que lo haga a edades más tempranas, fenómeno íntimamente ligado al aumento exponencial de la obesidad. Se puede considerar que afecta al 6-8% de la población mundial. Los resultados de los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un incremento constante de la prevalencia en los últimos años, con independencia de la región geográfica.

La prevalencia de la DM2 aumenta significativamente con la edad, alcanzando el 10-15% en mayores de 65 años y el 20% en mayores de 75 años, y está en relación con la disminución progresiva de la sensibilidad a la insulina.⁸

FACTORES DE RIESGO

No se han identificado los genes principales para esta enfermedad, pero hay pruebas científicas a favor de una fuerte predisposición genética, como la concordancia para presentarla en gemelos monocigóticos (30-90%), el aumento del riesgo en grupos familiares (2-4 veces más frecuente en familiares de primer grado) y las diferencias entre grupos étnicos. El estudio genético no sigue un patrón mendeliano definido. Muchos genes pueden estar involucrados. Recientemente se ha demostrado que una citocina de la familia del factor de necrosis tumoral alfa (TNF), denominada TRAIL, puede desempeñar un papel patogénico importante en la resistencia insulínica (RI) y, en particular, en la lesión vascular que ocurre a lo largo de la historia natural de la enfermedad por actuar no sólo en la apoptosis y la regulación inmunitaria, sino también en la biología vascular.^{8,9}

Los marcadores de riesgo de DM2 son la edad avanzada, la obesidad, la historia familiar de diabetes, la raza, el nivel socioeconómico y el estilo de vida occidental (refiriéndose principalmente a la obesidad, dieta e inactividad física). Cada uno de ellos es probablemente un reflejo de los factores causales subyacentes. En la historia natural de la DM2 se describe un estado previo de intolerancia a la glucosa y de glucemia basal alterada, estados que confirman que el riesgo de desarrollar DM2 aumenta cuanto mayor es el valor de glucemia. La diabetes gestacional también puede ser un marcador de un estado prediabético.

Muchos estudios confirman el papel de los factores fisiológicos y de estilo de vida en la etiología de la DM2. Tales factores, incluyen, en primer lugar, a la obesidad, que se acompaña de resistencia a la insulina. La duración prolongada de la obesidad y la presencia de obesidad central, detectada por un mayor perímetro de cintura, también se ha asociado a una mayor incidencia de DM2. Estudios recientes sugieren que hay

cambios importantes en la tolerancia de la glucosa con el cambio de dieta tradicional a la occidental y viceversa. Otros estudios describen los efectos protectores de una dieta rica en fibra, cereales y verduras y el efecto aunque parezca paradójico, el efecto protector del consumo moderado de alcohol, o mayor riesgo ante niveles plasmáticos bajos de vitamina E.

La inactividad física también desempeña un importante papel en el riesgo de presentación de intolerancia a la glucosa y DM. El bajo peso al nacer y otras alteraciones en el crecimiento fetal en neonatos a término estarían asociadas con mayor prevalencia a intolerancia a la glucosa y consiguiente DM2. Los mecanismos se desconocen, pero parece ser que existirían alteraciones del desarrollo neuroendocrino del feto. Estas alteraciones hormonales contribuirían a la predisposición a la diabetes y síndrome metabólico. También en esta línea, el tratamiento de niños y adolescentes con hormona del crecimiento se ha descrito como acelerador de la presentación de la DM2 en individuos predispuestos.¹⁰

Clasificación de la diabetes

Diabetes tipo 1 (resultado de destrucción de células, por lo general conducen a la absoluta deficiencia de insulina)

Diabetes tipo 2 (resultado de un defecto progresivo de la secreción de insulina, provocando resistencia a la insulina)

Otros tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo defectos genéticos en función de las células, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y drogas o inducción-química (como en el tratamiento del VIH-SIDA o después de trasplante de órganos)

Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo)¹¹

SINTOMATOLOGIA La historia natural de la DM2 va desde la tolerancia normal a la glucosa hasta la DM franca, pasando previamente por los estados de glucemia basal alterada y alteración de la tolerancia a la glucosa, y es el resultado, durante años, del deterioro gradual de la función de las células β , de su anómala relación con las células α y de la alteración del sistema incretinimimético. Un hecho interesante es que en el momento del diagnóstico de la DM2 se ha perdido hasta un 50% de la función de las células β . Puede iniciarse de forma progresiva después de los 40 años a pesar de que hay un incremento notable en personas jóvenes y en la edad infantil. En la evolución clínica de la DM2 es posible distinguir un estudio preclínico (asintomático) y se estima que al menos el 50% de los diabéticos está sin diagnosticar. En estudios longitudinales de cribado poblacional en grandes muestras de población se indica que el 50% de los enfermos de DM2 permanece sin diagnóstico durante no menos de 10 años.

No es habitual que la poliuria, la polidipsia, la polifagia y la pérdida de peso como manifestaciones cardinales aparezcan genuinamente en el paciente con DM2. Muchas veces, los síntomas metabólicos están ausentes en la DM2 y, si los presenta, suele ser en tono menor.⁹

DIAGNOSTICO

Criterios de diagnóstico de diabetes
Hb A1c igual o superior a 6.5%. La prueba debe ser realizada en un laboratorio usando un método certificado por la NGSP (Programa Nacional de Estandarización de Hemoglobina glicosilada, de Estados Unidos, por sus siglas en inglés) y estandarizado para el ensayo de la DCCT (Diabetes Control and Complications Trial)* Ó
Glucemia en ayunas igual o superior a 126 mg/dL (7.0 mmol/l). Definido ayunas con un lapso de al menos 8 horas sin ingesta de alimentos calóricos.* Ó
Glucosa en plasma igual o superior a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) 2 horas después, en el examen de Tolerancia Oral a la Glucosa (sobrecarga de 75 grs de glucosa disuelta en agua, según lo describe la Organización Mundial de la Salud).* Ó
En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o con una crisis hiperglucémica, glucosa en plasma aleatoria igual o superior a 200 mg/dL (11.1 mmol/l).
* En ausencia de hiperglucemia inequívoca, como resultado debe ser confirmado por pruebas repetidas.

Fuente: Standards of Medical Care in Diabetes-2011 ADA

En 1997 y 2003, El Comité de Expertos el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus reconoció un grupo intermedio de individuos cuyo niveles de glucosa, aunque no cumplan los criterios para la diabetes, son sin embargo demasiado altos para considerarlos normal. Estas personas fueron catalogadas como tener la glucosa en ayunas alterada (niveles de 100-125 mg / dl [5.6-6.9 mmol / l]) o intolerancia a la glucosa (2-h PG valores de la CTOG de 140 -199 mg / dl [7,8 -11,0 mmol / l]).¹¹

Por lo que se recomienda la detección de DM en todas las personas, a partir de los 45 años y a menor edad en personas con factores de riesgo de diabetes. En caso de que los resultados sean normales, las pruebas se deben repetir al menos a intervalos de 3 años con consideración de pruebas más frecuentes dependiendo de los resultados iniciales y el estado de riesgo.

FACTORES DE RIESGO

- ❖ IMC ≥ 25 kg/m² y tienen factores adicionales:
- ❖ Inactividad física
- ❖ Raza de alto riesgo/origen étnico: (por ejemplo Africanos, americanos)
- ❖ Historia familiar de diabetes tipo 2
- ❖ Antecedente de diabetes gestacional o que hayan dado a luz un bebé con Macrosomía (>4,000g)
- ❖ Edad ≥ 45 años
- ❖ Hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mmHg)
- ❖ Dislipidemia (HDL < 35 mg/dL y/o triglicéridos > 250 mg/dL)
- ❖ HbA1c con valores de 5.7%. Glucosa alterada en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa en pruebas anteriores
- ❖ Mujer con diagnóstico de Síndrome de ovarios poliquísticos
- ❖ Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (por ejemplo, obesidad severa, acantosis nigricans)

❖ Antecedentes de enfermedad cardiovascular.^{11, 12}

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento dietético en la diabetes son lograr un peso adecuado, el control glucémico y el control de factores de riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta las preferencias personales y culturales de los pacientes. Las recomendaciones generales acerca de la proporción de principios inmediatos en la dieta, tanto para pacientes con sobrepeso como con normopeso, no son diferentes de las recomendaciones para la población general. Los paneles de recomendación de las diferentes guías mantienen, para las personas diabéticas, la proporción 50%-60% de aporte de las necesidades energéticas en forma de hidratos de carbono, 15% en forma de proteínas y menos del 30% en forma de grasas. El cálculo inicial de las necesidades calóricas se realiza teniendo en cuenta las calorías basales y el número de calorías según la actividad física desarrollada.

Necesidades energéticas según la actividad física		K cal/kg/día
Metabolismo basal		24
Reposo en cama o actividad mínima		30
Actividad ligera	Hombre	42
	Mujer	36
Actividad media	Hombre	46
	Mujer	40
Actividad intensa	Hombre	54
	Mujer	47
Actividad excepcionalmente intensa	Hombre	62
	Mujer	55

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2

Reducción por edad	Reducción por exceso de peso
19-49 años.....reducción 5%	10-20% si sobrepeso (IMC >25 <30) 30-40% si obesidad (IMC >30) IMC=peso(kg)/talla ² (metros)
50-59 años.....reducción 10%	
60-69 años.....reducción 20%	
>79 años.....reducción 30%	

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2

La realización de ejercicio físico aeróbico de forma continuada más de 120 minutos por semana reduce el riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular, tanto en mujeres como en hombres. Una mejor condición física global, asociada a una mayor intensidad del ejercicio, disminuye el riesgo de muerte, de forma independiente al grado de obesidad.¹³

Los agentes por vía oral constituyen el principal tratamiento para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. La toma de decisiones para iniciar el tratamiento requiere de una valoración integral del paciente, es fundamental investigar las medidas antropométricas (índice de masa corporal, índice cintura cadera, perímetro abdominal), comorbilidades y nivel socioeconómico. El inicio del hipoglucemiante oral no sustituye ni limita las modificaciones en el estilo de vida (dieta y ejercicio). Si el paciente manifiesta descontrol, el ajuste del medicamento debe realizarse lo antes posible.¹⁴

Características principales de los agentes orales				
Grupo	Principal mecanismo de acción	Principal indicación	No se recomienda su prescripción en	Efecto en Hb A1c
Sulfonilureas Glibenclamida Glimepirida Glicazida Glipizida	Incremento de secreción pancreática de insulina	Dm2 recién diagnóstico	Embarazo. Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, DM-1	Disminución de 1 a 2%
Biguanidas Metformina	Disminución de producción hepática de glucosa	Dm2 recién diagnóstico, pacientes con sobrepeso	Embarazo, insuficiencia renal, insuficiencia hepática o insuficiencia cardíaca, acidemia, infección grave	Disminución de 1 a 2%
Glinidas Repaglinida Nateglinida	Incremento de secreción pancreática de insulina	Hiper glucemia posprandial, hiper glucemia en insuficiencia renal	Embarazo, insuficiencia cardíaca, DM-1	Disminución de 1 a 2%
Tiazolidinedionas Rosiglitazona Pioglitazona	Incremento de la captación de glucosa en el músculo estriado	DM-2 con falla a sulfonilureas y biguanidas	Embarazo, retención hídrica, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, anemia, DM-1	Disminución de 0.9 a 1.5%
Inhibidores de la α -glucosidasa Intestinal Acarbosa	Disminución de la absorción intestinal de glucosa	DM-2 con falla a sulfonilureas y biguanidas, hiper glucemia posprandial	Absorción intestinal deficiente, enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia hepática	Disminución de 0.5 a 1%

Incretinas y análogos de la amilina (Pramlintide)	Incremento de la secreción de insulina, disminución de la producción hepática de glucosa, retardo en el vaciamiento gástrico, disminución del apetito	Falla a biguanidas, hiperglucemia posprandial. Por definirse otras indicaciones	Embarazo, insuficiencia renal o hepática, DM-1	Disminución de 0.5 a 1%
---	---	---	--	-------------------------

Fuente: Prescripción de agentes orales a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Guía de tratamiento

En la historia natural de la diabetes tipo 2 hay un progresivo deterioro de la secreción insulínica. Se debe considerar que se ha presentado una falla definitiva de la célula betapancreática, si en ausencia de enfermedades intercurrentes se cumplen las siguientes condiciones clínicas: Incapacidad para obtener y mantener niveles de glicemias y HbA1c adecuados pese a recibir dosis máxima de dos o más hipoglicemiantes orales, de los cuales uno debe ser insulinoscretor. Haber perdido peso en forma acelerada. En las siguientes condiciones un diabético tipo 2 puede requerir insulina en forma transitoria: descompensaciones agudas graves, infecciones, infarto agudo de miocardio, accidente vascular encefálico, uso de medicamentos que elevan la glicemia (especialmente glucocorticoides), cirugía y embarazo.¹⁵

Formas de insulina disponibles			
Tipo de insulina	Inicio de acción(h)	Pico de acción(h)	Duración(h)
Lispro, Aspart	Inmediata	1	4-5
Regular	0.5-1	2-3	3-6
NPH	2-4	4-10	10-16
Detemir	3-4	6-8	5.7-23.2
Lenta	3-4	4-12	12-18
Glargina	3-4	No pico	35
Ultralenta	6-10	8-16	20-30 ¹⁶

Fuente: Hipoglucemia por fármacos antidiabéticos

Los criterios de control metabólico adecuado en pacientes diabéticos según las sociedades científicas como la ADA son: glucemia basal <110 mg/ dl, glucemia postprandial 130-180 mg/dl, hemoglobina glicada menor de 7%, presión arterial sistólica/diastólica <130/<80, colesterol total <185 mg/dl, HDL-colesterol >40 mg/dl, LDL-colesterol <100 mg/ dl, triglicéridos <150 mg/dl, no fumar y realizar ejercicio físico de tipo aeróbico al menos 150 minutos/semana.¹⁷

Los criterios según la NOM son los siguientes:

Glucemia en ayuno (mg/dl)	70-130
Glucemia postprandial de 2h (mg/dl)	<140
HbA1c (%)*	<7
Colesterol total (mg/dl)	<200
Colesterol LDL (mg/dl)	<100
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150
Colesterol HDL (mg/dl) hombres	>40
Colesterol HDL (mg/dl) mujeres	>50
Microalbuminuria (mg/día)	<30
Presión arterial (mmHg)	<130/80
Circunferencia abdominal (cm) hombres	<90
Circunferencia abdominal (cm) mujeres	<80
IMC	<24.9
* En los casos en que sea posible efectuar esta prueba.	
** Es necesario un control estricto de la P.A. para reducir el riesgo de daño renal. Si el paciente fuma una meta adicional es dejar de fumar. ⁷	

Fuente: NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2h (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
TA (mm/Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27
HbA1c*	<6.5%mg/dl	6.5-8	>8
*En los casos que sea posible efectuar esta prueba. **Es necesario un control estricto de la P. A. para reducir el daño renal. Si el paciente fuma una meta adicional es dejar de fumar ¹⁸			

Fuente: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994

COMPLICACIONES

La diabetes es la causa más frecuente de pérdida de visión por una causa evitable en personas en edad productiva en los países desarrollados. Entre 6 y 39% de las personas con diabetes tipo 2 tendrá retinopatía al momento del diagnóstico, y 4 a 8% con riesgo de pérdida de la visión.

Los siguientes factores de riesgo se asocian al desarrollo y progresión de la retinopatía diabética:

- ❖ Duración de la diabetes
- ❖ Mal control glicémico
- ❖ Presión arterial elevada
- ❖ Microalbuminuria y proteinuria
- ❖ Dislipidemia
- ❖ Embarazo
- ❖ Anemia

La duración de la diabetes se asocia a la gravedad de la retinopatía. La modificación de este factor de riesgo sólo se puede lograr previniendo la enfermedad (incluyendo la prevención de la progresión desde un estado de intolerancia a la glucosa a diabetes).

El 20 a 30% de las personas con diabetes tipo 2 tiene daño renal al momento del diagnóstico. En todo paciente, se debe hacer una búsqueda intencionada de nefropatía a través de presencia de proteinuria como marcador de daño renal y la determinación de la función renal. Se considera microalbuminuria cuando los niveles de albúmina se encuentran entre 30-300 mg/24 horas o 20-200 µg/min en orina nocturna. Las cifras superiores definen la nefropatía diabética franca. Para el cribado se recomienda la determinación del cociente albúmina/creatinina en la primera orina de la mañana mediante métodos de laboratorio o tiras reactivas. Con este método se considera que existe microalbuminuria con cifras $\geq 2,5-30$ mg/mmol en hombres y $\geq 3,5-30$ mg/mmol en mujeres.^{13,15}

Clasificación de la nefropatía diabética		
	Albúmina en orina de 24 horas(mg)	Cociente albúmina/creatinina (mg/g)
Normal	< 30	< 30
Microalbuminuria	30-299	30-299
Proteinuria	≥ 300	≥ 300

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2

Referente a tratamiento de la microalbuminuria diabética, existe evidencia concluyente de que los fármacos que bloquean el sistema renina-angiotensina (IECA o ARA II) retrasan la progresión a fallo renal.¹³

Pie diabético

Se denomina al pie que tiene al menos una lesión con pérdida de continuidad de la piel (úlceras). Dentro de las escalas más utilizadas para estadificación de la severidad del pie diabético se encuentra la escala de Wagner. El pie diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad.⁴

Clasificación de los grados de severidad del pie diabético de acuerdo a la escala de Wagner	
Grado 0	Pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédicas, pérdida de la visión, nefropatía edad avanzada
Grado 1	Úlcera superficial
Grado 2	Úlcera profunda que llega a tendón, ligamento, articulaciones y/o hueso
Grado 3	Infección localizada: celulitis, absceso, osteomielitis
Grado 4	Gangrena local
Grado 5	Gangrena extensa

Fuente: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2

Tratamiento del pie diabético

El clínico de primera instancia debe definir si el manejo debe ser ambulatorio u hospitalario, con base al grado de la úlcera, la presencia de osteomielitis y/o gangrena, el compromiso del estado general, las facilidades disponibles para el adecuado manejo en casa, etc. Es importante el control glucémico.

Las siguientes intervenciones son importantes: Aliviar presión, desbridamiento del tejido desvitalizado de las heridas, drenajes y curaciones de la herida, manejo de la infección, mejorar el flujo vascular mediante la administración de pentoxifilina.⁴

Depresión

Definición

La depresión es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.¹⁹

EPIDEMIOLOGIA

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto como

carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad.²⁰

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, refiere ²¹: Entre los principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales) seguidas del episodio depresivo mayor. Representando el episodio depresivo mayor un porcentaje de 3.3% de incidencia.

En la Ciudad de México la prevalencia de los trastornos depresivos durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, es de 12%. La edad promedio en la que se inicia este tipo de trastornos se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida. En relación con las diferencias por género, este tipo de trastornos los padecen dos mujeres por cada hombre.²²

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Un indicador diseñado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, que contabiliza los Años de Vida Saludable (AVISA) que se pierden debido a muertes prematuras y que se viven con una discapacidad. Los AVISA perdidos permiten evaluar el impacto, expresado en unidades de tiempo, de distintas enfermedades en una sociedad determinada, y tiene la ventaja de ofrecer una métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades. En 2005 las pérdidas de salud en nuestro país ascienden a 15.2 millones de AVISA, es decir, 146 por cada 1 000 habitantes. De ellos, 46% se debieron a años perdidos por muertes prematuras (APMP) y 54% a años vividos con discapacidad (AVD). En las mujeres las causas más comunes de AVISA perdidos son la depresión y la diabetes con más de 6% cada una de ellas.^{23,24}

Las enfermedades médicas, en especial las crónicas como la diabetes, aumentan la probabilidad de que una persona presente trastornos del humor como ansiedad y depresión. Los trastornos depresivos se observan en 11 a 15% de los pacientes con diabetes tipo 2, quienes tienen una probabilidad dos veces más de cursar con depresión comparados con las personas sin la enfermedad.²⁵

Causas

La depresión es un trastorno psicobiológico complejo, de etiología multifactorial que se explica por la interacción de varios factores de riesgo como los genéticos, neurobiológicos, socio-ambientales y otros propios del desarrollo de cada persona.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. Además, un trabajo excesivamente exigente o menos satisfactorio podría ser un factor que conduce a la depresión. Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades

somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.^{19, 26}

Una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales. Los ejemplos abundan en cuanto a diversos padecimientos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, y complicaciones en el tratamiento de cáncer, entre otros.²⁷

La literatura con respecto a la relación causa y efecto entre medicamentos prescritos y síntomas depresivos es equívoca, aunque tales síntomas son atribuidos a distintas medicaciones.

Medicamentos Posiblemente Asociados con Síntomas Depresivos		
Digitales	Clonidina	Agentes anticancerígenos Barbitúricos
Procaínamida	Metildopa	Asparaginasa
Antibióticos	Reserpina	Interferón
Amfotericina B	Betabloqueantes	Metotrexate
Cicloserina		Procarbazina
Dapsona		Tamoxifen
Etionamida		Vinblastina
Drogas Anticolesterol		Bloqueadores H2
Colestiramina		Cimetidina
Estatinas		Agentes Hormonales (Abstinencia)
Anticonvulsivantes		Esteroides Anabólicos
Felbamate		Corticoesteroides
Fenobarbitona		Anticonceptivos Orales
Vigabatrin		Drogas Psicótropicas
		Benzodiacepinas
Nota: Síntomas depresivos no son lo mismo que trastornos depresivos. ²⁷		

Fuente: Trastornos depresivos en enfermedades físicas

PATOGENIA

La patogenia depresiva está integrada por una cadena de manifestaciones neurobiológicas que afectan a la neuroquímica, la neurofisiología, la neuroendocrinología y la neuroinmunología, y culmina en impactar sobre la plasticidad y la morfología de la población neuronal del hemisferio cerebral izquierdo, con sede en el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. Los mecanismos patogénicos de la depresión se inician a partir del descenso del nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, la noradrenalina o la dopamina, con la complicidad de la exaltación glutamatérgica, colinérgica o melatonérgica, fuerzas convergentes en provocar la disfunción hipotalámica, automáticamente extendida al bloque hipotálamo-hipofisario y al sistema inmune. Una vez que se produce la penuria en el suministro de las proteínas tróficas, se deteriora la plasticidad sináptica y el trofismo de las neuronas y su arborización dendrítica.²⁸

SINTOMATOLOGIA

Síntomas psicológicos: Pueden diferenciarse en afectivos, cognitivos y conductuales:

Síntomas afectivos: Referidos a lo que “el paciente siente”, el paciente los refiere como estados de desánimo, pesadumbre o desesperanza, apatía, desinterés y pérdida de confianza y de motivación.

Síntomas cognitivos: Lo que “el paciente piensa” conlleva déficit de atención y concentración que se manifiestan en problemas de memoria y dificultad para tomar decisiones.

Síntomas conductuales: Lo que “el paciente hace” destaca la anhedonia o incapacidad para disfrutar con actividades que antes resultaban placenteras. La inhibición motora provoca una disminución progresiva del rendimiento con abandono de las tareas habituales (esencialmente las que requieren iniciativa como el ocio), descuido, en diferente grado, del cuidado e higiene corporal.

Síntomas somáticos: Entre los síntomas físicos destacan la astenia, anorexia, pérdida de peso, algias diversas, síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y vegetativos, trastornos del sueño y sexuales.²⁹

CLASIFICACIÓN

Episodio depresivo mayor (EDM). La característica fundamental es un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. Debe, además, presentar 4 síntomas de la tabla:

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor DSM IV

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer.

1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte (ejemplo, se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo, parece lloroso). Nota en niños o adolescentes puede ser ánimo irritable

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta. (5 % de peso en un mes). O disminución o aumento de apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.

C. No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo)

D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten) más de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor

Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.

De acuerdo al número de episodios se dividen en: Episodio único y recurrente.

Leve: Pocos síntomas en exceso de los 5 requerimientos para hacer el diagnóstico de EDM. El menoscabo en funcionamiento ocupacional, social o en las relaciones con otros es menor.

Moderado: Síntomas y menoscabo intermedios entre leve y severo.

Severo sin características psicóticas: Varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de EDM, y marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social.

Severo con características psicóticas: Existen ideas delirantes o alucinaciones.

Melancólica: Se caracteriza por pérdida del placer en todas o casi todas las actividades, o falta de reactividad a estímulos que son usualmente placenteros, es decir, que el ánimo no se mejora ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno. Además presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas: una calidad diferente de ánimo (distinto de la tristeza normal), depresión peor en la mañana, despertarse en la madrugada, retardo o agitación psicomotoras, anorexia o pérdida de peso significativo, y culpa excesiva o inapropiada.

Atípica. Se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. Esta mejoría puede persistir durante períodos largos si las circunstancias placenteras persisten. Deben estar presentes, además, por lo menos dos de los siguientes síntomas: aumento de apetito o peso significativos, hipersomnia, parálisis de plomo, es decir sensación de pesantez en los brazos o piernas, y un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que resulta en menoscabo social u ocupacional. Este produce relaciones tormentosas y dificultad para mantenerlas a largo plazo, renunciar al trabajo, evitar relaciones por miedo al rechazo, etc.

Postparto. Se manifiesta dentro de las cuatro semanas siguientes al parto.

Distimia: La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de 2 años, y no puede tener un período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Durante los periodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, baja autoestima, concentración mala o dificultad para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza.³⁰

Diagnóstico

Desde 1960, la depresión se ha diagnosticado como depresión mayor (trastorno depresivo mayor) basada en criterios sintomáticos preestablecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM IV-TR), mientras que los casos leves se clasifican como distimia, aun cuando no existe una clara distinción entre ambos. Para que se establezca el diagnóstico de depresión mayor se requiere un cambio en el estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, acompañado de varios cambios psicofisiológicos, entre ellos alteraciones del sueño, apetito o deseo sexual, estreñimiento, pérdida o incapacidad para presentar placer en el trabajo o con amigos (anhedonia), llanto, ideación suicida, bradilalia y

bradicinesia. Y estos cambios deben durar un mínimo de dos semanas e interferir considerablemente con las relaciones interpersonales y la actividad laboral.³¹

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES DE EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras <ul style="list-style-type: none">❖ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta❖ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual❖ Empeoramiento matutino del humor depresivo❖ Presencia de enlentecimiento motor o agitación❖ Pérdida marcada del apetito❖ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes❖ Notable disminución del interés sexual
Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático*

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.¹⁹

Las escalas no han demostrado superioridad al uso de la entrevista, estructurada, las guías de práctica clínica y los criterios diagnósticos de clasificaciones internacionales. Las escalas se utilizarán con cautela para establecer el diagnóstico, dando preferencia a la clínica. Se sugiere su uso como apoyo para efectos de fortalecer el diagnóstico, detección de casos, monitoreo en la evaluación y con propósitos de investigación.²⁰

La auto escala de evaluación para de depresión (SDS) por sus siglas en inglés, de Zung, fue desarrollada por Zung en 1965. La escala de Zung para la depresión es un instrumento que consta de veinte puntos que cuantifica síntomas depresivos durante las últimas semanas. Esta escala presenta un patrón de respuesta de tipo ordinal que se contesta: de 1(muy pocas veces) a 4(la mayoría de las veces).De esta manera, en este instrumento, las preguntas se subdividen en cuatro categorías: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica, lo que permite delinear en sus diferentes aspectos sintomáticos el síndrome depresivo. La categoría afectiva consta de 2 preguntas (10%del total), la categoría fisiológica consta de 8 preguntas (40% del total), la motora (10% del total) y la categoría psicológica (40% del total). En consecuencia, el puntaje total puede oscilar entre 20 y 80 puntos: <50 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 50-59 puntos para personas que experimentan depresión mínima; 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada y ≥ 70 puntos para personas que experimentan depresión severa.

32, 33, 34, 35

La autoescala de Zung tiene una sensibilidad de un 97%, con una especificidad de 63% y tiene un 82% de acierto para discriminar depresión.³⁶

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)				
Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días				
Por favor marque (X) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1.- Me siento decaído y triste	1	2	3	4
2.- Por la mañana es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3.- Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto	1	2	3	4
4.- Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4
5.- Como la misma cantidad de siempre	4	3	2	1
6.- Todavía disfruto el sexo	4	3	2	1
7.- He notado que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8.- Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
9.- Mi corazón late más rápido de lo normal	1	2	3	4
10.- Me canso sin ninguna razón	1	2	3	4
11.- Mi mente está tan clara como siempre	4	3	2	1

12.- Me es fácil hacer lo que siempre hacía	4	3	2	1
13.- Me siento agitado y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14.- Siento esperanza en el futuro	4	3	2	1
15.- Estoy más irritado de lo normal	1	2	3	4
16.- Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17.- Siento que soy útil y me necesitan	4	3	2	1
18.- Mi vida es bastante plena	4	3	2	1
19.- Siento que los demás estarían mejor si yo me muriera	1	2	3	4
20.- Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes	4	3	2	2

Fuente: Autoescala de Zung para la depresión como predictor de la respuesta sensorial y autonómica al dolor

TRATAMIENTO

La depresión secundaria generalmente mejora al eliminar la enfermedad orgánica o al suspender las drogas que la causan. Sin embargo, a menudo es necesario tratarlas con antidepresivos, los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia. En los últimos años se han generado importantes avances en el desarrollo de los antidepresivos, lo que ha generado distintas opciones en su utilización. Se dispone en la actualidad de distintas clases de antidepresivos, aunque se considera que no existe un único esquema clasificatorio para este tipo de fármacos. Todos los antidepresivos que se disponen actualmente alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del sistema nervioso central; sin embargo, los mecanismos de acción a través de los cuales los antidepresivos precipitan los cambios en el estado de ánimo siguen siendo un enigma. Por lo tanto en la mayoría de los casos, lo que lleva a elegir un antidepresivo sobre otro se basa principalmente en los efectos secundarios deseados y no deseados y su adecuación al paciente.^{30, 37, 38}

Principales antidepresivos				
PRINCIPIO	CLASIFICACION	DOSIS DIARIA	FRECUENCIA	PARTICULARIDADES
Amitriptilina	ADT	50-200mg	2-3 veces/d	Más abandono por efectos adversos que los ISRS
Clomipramina	ADT	100-150 mg	Varias veces/d	
Imipramina	ADT	50-200mg	Varias veces/d	
Nortriptilina	ADT	75-100mg	Varias veces/d	
Maprotilina	Relación con ADT	25-150 mg	1 o varias veces/d	Visión borrosa y somnolencia

Trazodona	Relación con ADT	150-400 mg	Varias veces/d	Más sedación, hipotensión postural y náuseas
Mianserina	Relación con ADT	30-200mg	1 o varias veces/d	Más somnolencia que otros ADT. Útil en tratamientos combinados
Citalopram	ISRS	20-60mg	Una vez/d	Nausea, boca seca, sudoración y temblor
Escitalopram	ISRS	10-20mg	Una vez/d	
Fluoxetina	ISRS	20-60mg 90mg semanal	1-2 veces/d Una vez/sem	Más sudoración, náusea, pérdida de peso
Fluvoxamina	ISRS	100-300 mg	Una o dos veces/día	Náuseas, nerviosismo y sudoración.
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	20-50 mg Una vez/día	Aumento de peso, mayor disfunción sexual y síndrome de discontinuación.
Sertralina	ISRS	50-200 mg	Una vez/día	Más diarrea que resto del grupo.
Bupropion	ISRND, otros	150-300 mg	Una vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso.
Duloxetina	ISRSN	60 mg	Una vez al día	Sin estudios de prevención de recaídas (6 meses).
Mirtazapina	ISRSN	15-45 mg	15-45 mg Una vez/día	Respuesta más rápida, mayor aumento de peso.
Reboxetina	ISRN	8-12 mg	Varias veces/día	Síntomas vegetativos. Taquicardia e hipotensión leve relacionada con la dosis.
Venlafaxina	ISRSN	75-325 mg 75-225 mg	Varias veces/día o cada 24 horas (retard)	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.
ADT: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRN: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; ISRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRND: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina. ¹⁹				

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto

El tiempo de latencia de respuesta a un antidepresivo es de 2 a 6 semanas, y para la máxima respuesta al mismo, mayor de 6 semanas. Ante una ausencia de mejoría tras el tratamiento, se recomienda revisar el diagnóstico de depresión, verificar el cumplimiento del tratamiento, y que se esté tomando a las dosis y el tiempo indicados. Si tras 1 mes no hay respuesta en absoluto convendría cambiar el tratamiento, mientras que si existe respuesta parcial debe esperarse hasta las 6 semanas. En caso de respuesta parcial tras 6-8 semanas debe optarse por un cambio en el tratamiento, un incremento en la dosis (si se tolera), o un mantenimiento del mismo hasta las 10 semanas y reevaluar. Si no hubiera respuesta a una dosis máxima tras 8-12 semanas, debería indicarse otro antidepresivo (sea dentro de la misma clase o diferente) y derivarse a un psiquiatra. Si ya se han usado dos ISRS siendo inefectivos, debe utilizarse otra clase de antidepresivos; si se trata de una depresión grave deben considerarse especialmente la venlafaxina y los tricíclicos. La sustitución, combinación y potenciación son las estrategias farmacológicas indicadas en el tratamiento de la depresión resistente, así como la terapia electroconvulsiva. En la depresión resistente también debe considerarse la adición de terapia cognitivo conductual al tratamiento antidepresivo. El tratamiento antidepresivo debe prolongarse al menos 6 meses más a partir de la remisión clínica o 1 año si se trata de ancianos. Tras este periodo, la presencia de síntomas residuales y/o problemas psicosociales hacen conveniente un tratamiento más prolongado. En las guías terapéuticas se recomienda un tratamiento de mantenimiento de al menos 2 años a los pacientes que hayan tenido dos episodios depresivos y los que hayan sufrido una repercusión funcional significativa, de 3 años al menos para los pacientes con tres o más episodios depresivos y en aquellos con alta frecuencia de recurrencias (dos episodios en cinco años), mientras que otras recomiendan para estos pacientes un mantenimiento indefinido.

La retirada de antidepresivos deben realizarse de una forma gradual, ya que de lo contrario puede producirse un “síndrome de retirada” (cefalea, anorexia, náuseas, insomnio y ansiedad). Paroxetina y venlafaxina son los antidepresivos con más riesgo de síndrome de retirada. El periodo de retirada gradual en general es de 4 semanas, si bien algunos pacientes pueden requerir periodos más prolongados.³⁹

Tratamiento psicoterápico: La psicoterapia de apoyo debe utilizarse en todos los casos para ayudar al paciente a restablecer su mejor nivel posible de funcionamiento psicológico, mejorar sus capacidades de afrontamiento, la calidad de vida individual y prevenir ulteriores recaídas. Las diferentes perspectivas han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión. Desde un enfoque psicodinámico, se afrontarán los conflictos del paciente implicados en el proceso depresivo. Desde una perspectiva interpersonal, cobrarán especial importancia los patrones de relación del paciente con las personas de su entorno (incluido el ámbito laboral). Desde un enfoque cognitivo-conductual, se trabajarán la triada cognitiva de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, los esquemas mentales disfuncionales y los pensamientos irracionales, además de buscar refuerzos positivos en la conducta del paciente mediante la programación de actividades gratificantes, el entrenamiento en habilidades sociales o en solución de problemas, en función de las necesidades individuales de la persona.⁴⁰

GENOGRAMA

El genograma es la representación gráfica de las principales características de un grupo familiar a lo largo del tiempo. Se le considera un instrumento versátil y de gran utilidad clínica. También se le conoce como familiograma, árbol genealógico, árbol familiar, pedegree humano.⁴¹

Respecto al Genograma, Mendel lo introdujo a la hora de describir las líneas de transmisión familiar de algunas enfermedades a través de diferentes generaciones. Más tarde este instrumento se generaliza por la necesidad de recoger información capaz de sintetizar los antecedentes familiares, el nivel sociocultural y la información laboral de los pacientes, como factores condicionantes de sus problemas de salud. Pero es con el desarrollo de la “terapia familiar sistémica” cuando la psiquiatría intenta analizar las relaciones familiares en su contexto y la posible explicación a los problemas de salud mental. Fue desarrollado por Murray Bowen (1978). MacGoldrock y Gerson son los autores que más han desarrollado las aplicaciones del genograma y han servido de base a su difusión en países como España.^{42, 49}

Debido a que la familia es la unidad de estudio del genograma es importante definir su concepto.⁴³

La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”

El Diccionario de la Lengua Española señala que por familia se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.

El Consenso Académico 2005 señala el concepto desde el concepto del médico familiar, el cual considera como: “La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad”

El genograma es un instrumento de trabajo imprescindible para el médico de familia, ya que permite conocer datos de la familia de forma “visible” y obtener información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones.⁴⁴

Los genogramas han sido comparados con los instrumentos médicos más tradicionales, tales como los rayos x y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales, y finalmente un plan de manejo para el paciente.⁴⁵

La adecuada precisión del familiograma como medio para recolectar con éxito datos de diferentes grupos sociales ha sido validada para diferentes realidades. Si bien no se tienen estudios para cada realidad local sobre el uso del instrumento, la propia






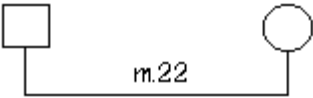
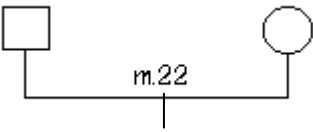
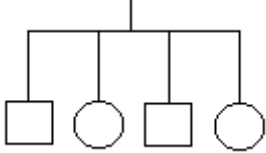
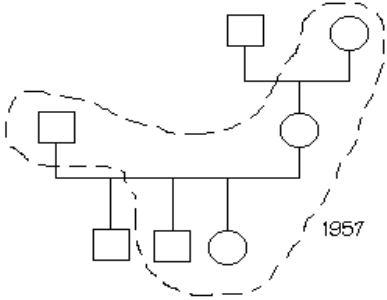
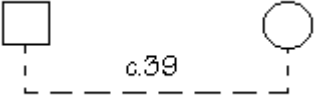
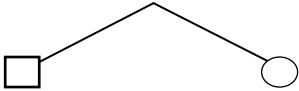
práctica ha confirmado su facilidad y pertinencia, siendo un instrumento muy empleado en diversos contextos.⁴⁶

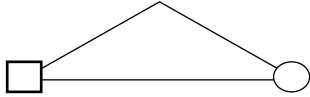
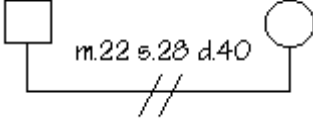
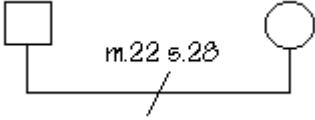
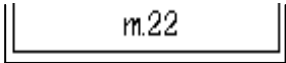
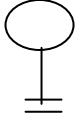
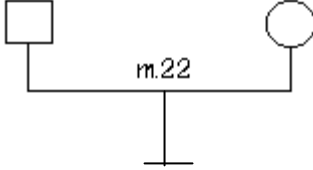
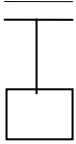
La realización del genograma es extraordinariamente sencilla, ya que solo requiere conocer una breve relación de símbolos. Los símbolos de los genogramas han sido estandarizados, permitiendo a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y ver cómo ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas en la vida. La construcción de un genograma básico ocupa un tiempo de entre 10 y 15 minutos, necesitando entre 20 y 40 minutos cuando conviene profundizar en algunos aspectos de los mismos.^{44, 45, 47}





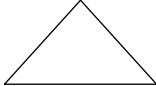


El genograma debe contemplar los siguientes elementos:


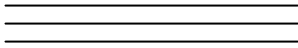


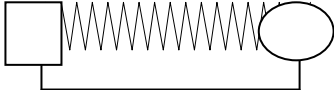
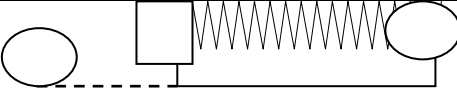
- ❖ Tres o más generaciones
- ❖ El señalamiento de los que viven juntos en la misma vivienda.
- ❖ Los nombres de los miembros del grupo doméstico
- ❖ Edad o año de nacimiento de cada uno
- ❖ Fechas de matrimonio, unión separación o divorcio
- ❖ Principales enfermedades o problemas de salud
- ❖ Cualquier defunción debe incluir edad o fecha de fallecimiento y causa
- ❖ Símbolos simples y de fácil visibilidad
- ❖ Una clave al pie de página que describa los símbolos empleados
- ❖ Los señalamientos de separación o divorcio aparecerán más cerca de quien se encuentre fuera del grupo doméstico
- ❖ Se debe señalar mediante los dos últimos dígitos el año en que ocurrieron eventos tales como el matrimonio, el divorcio, la separación, fallecimientos, etc.
- ❖ El lugar que ocupan el padre y la madre de la familia de procreación en sus respectivas familias de origen señalar mediante una flecha.
- ❖ En el subsistema de los padres, el símbolo de la figura paterna se coloca del lado izquierdo, y el de la materna a la derecha.
- ❖ Los hijos se señalan en orden cronológico, de mayor a menor, de izquierda a derecha. Una línea continua o punteada delimita los miembros de la familia que, al vivir bajo el mismo techo, conforman el grupo doméstico.
- ❖ No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica, solo se recomienda escribir el nombre del problema de salud aun lado de la figura que representa a la persona afectada, a fin de evitar la saturación de figuras.⁴⁸

Se formó un comité académico de profesores en medicina familiar para la revisión de genogramas (CARG), en el cual se unificaron criterios y símbolos para la construcción de genogramas aplicables en el ámbito de la medicina familiar.⁵⁰ Se muestra a continuación dicha simbología.

Símbolos para un familiograma	
Estructura familiar	
Sexo	Hombre  Mujer  indefinido 
Adopción*	 
Matrimonio*	
Vínculo ascendente*	
Vínculo descendente*	
Personas que habitan en la casa*	
Unión libre *	
Gemelos heterocigotos *	

Gemelos homocigotos *	
Divorcio *	
Separación *	
Matrimonio consanguíneo **	
Descendencia desconocida **	
Matrimonio sin embarazos ni hijos **	
Viven lejos del hogar (escuela, cárcel, etc) **	

Asociación salud enfermedad	
Aborto *	<p>Esponáneo Inducido</p> <p> </p>
Muerte *	<p>Fallecimiento</p> <p> </p> <p>Mujer Hombre</p>
Embarazo *	<p></p>
Paciente identificado *	<p></p>
Obito **	<p></p>

Relaciones afectivas interpersonales	
Relaciones conflictivas *	
Relaciones cerradas *	
Relaciones distantes *	
Relaciones dominantes *	
Disfunción en el matrimonio *	
Disfunción en el matrimonio y amante **	
*Propuesto por 4 o más autores	
**Propuesto por 3 o menos autores	

Fuente: Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para la elaboración de genogramas en Medicina Familiar (Propuesta del CARG para los símbolos del genograma).

Es muy importante que consten en el genograma las relaciones entre los miembros de la familia. Cuando estas sean muy complejas resulta útil representarlas en un genograma aparte. Se utilizan distintas líneas para expresar gráficamente los diferentes tipos de relaciones entre los componentes del sistema familiar.⁴⁴

La lectura del genograma nos aporta datos sobre la estructura familiar.⁴⁴

Clasificación de las familias con base al parentesco, según el consenso de Medicina Familiar 2005

- ❖ Nuclear: Hombre y mujer sin hijos
- ❖ Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos
- ❖ Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más

- ❖ Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su anterior unión.
- ❖ Monoparental: Padre o madre con hijos
- ❖ Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
- ❖ Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- ❖ Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
- ❖ Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
- ❖ No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc)

Sin parentesco.

- ❖ Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
- ❖ Grupos similares a familias: Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

Presencia física en el hogar:

- ❖ Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar
- ❖ Núcleo no integrado: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
- ❖ Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
- ❖ Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
- ❖ Extensa colateral: Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)⁵¹

Existen otras clasificaciones entre las que se encuentran:

Clasificación de la familia con base a su desarrollo:

- ❖ Moderna
- ❖ Tradicional

Clasificación de la familia con base a su demografía

- ❖ Urbana
- ❖ Rural⁵²

Clasificación de la familia con base en la ocupación:

- ❖ Campesina
- ❖ Obrera
- ❖ Profesional⁴³

La segunda categoría implica la comprensión de las transiciones del ciclo vital a las cuales se está adaptando la familia. El ajuste de edades y fechas en un genograma nos permite ver si los sucesos del ciclo vital se dan dentro de las expectativas normativas. De no ser así, se puede seguir investigando las posibles dificultades al manejar esa fase vital del ciclo vital de la familia.⁵³

Fases del ciclo vital de la familia (J. Geyman)

- ❖ La fase de matrimonio. Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
- ❖ Fase de expansión. Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.
- ❖ Fase de dispersión. Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
- ❖ Fase de independencia: Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
- ❖ Fase de retiro o muerte. Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situación críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono⁴⁵

Existen otras clasificaciones del ciclo vital de familia, en las cuales encontramos

Ciclo vital de la familia	
OMS⁵⁴	Duvall 1977⁵²
I. Formación	Primera etapa (Pareja sin hijos)
II. Extensión	Segunda etapa (Nace primer hijo)
III. Final de la extensión	Tercera etapa (Hijos prescolares)
IV. Contracción	Cuarta etapa (Hijos escolares)
V. Final de la contracción	Quinta etapa (Hijos adolescentes)
VI. Disolución.	Sexta etapa (Desprendimiento)
	Séptima etapa (Padres solos)
	Octava etapa (Padres ancianos)

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Fuente: Nuevo diagnóstico Familiar
Indices Estadísticos de la Salud de la Familia

Categoría 3: Repetición de pautas a través de las generaciones. Dado que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, el médico debe estudiar el genograma para tratar de descubrir pautas que se hayan ido repitiendo a través de generaciones. Dichas pautas repetitivas se dan en el funcionamiento, las relaciones y la estructura familiar. El reconocer dichas pautas puede a menudo ayudar a las familias a evitar repetir pautas infelices en el presente y transmitirlas en el futuro.

A menudo, el problema que presenta la familia habrá ocurrido en generaciones previas. Varias pautas sintomáticas, tales como alcoholismo, incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio tienden a repetirse en las familias de una generación a otra. Las pautas vinculares de proximidad, distancia, conflicto, etc., también pueden repetirse de una generación a otra.

Categoría 4: Sucesos de la vida; comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar.⁵³

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios psicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida.

Una crisis es cualquier evento traumático, personal e interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere de una respuesta adaptativa a la misma, son de dos tipos:

Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas). Están en relación con la etapa del ciclo vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar.

Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas). Son experiencias adversas o inesperadas.⁴⁸

Categoría 5: Pautas vinculares y triángulos. Las pautas vinculares en las familias han sido caracterizadas como “conflictivas”, “distantes”, íntimas, etc. La formación de triángulos en las familias supone a dos personas que aporta una tercera a la relación. Por ejemplo, dos miembros de una familia pueden unirse para “ayudar” a un tercero, quien está catalogado como “víctima” o agruparse en contra de un tercero, quien en este caso está catalogado como el “villano”.⁵³

Las ventajas de los genogramas mencionadas por varios autores:

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Formato gráfico de lectura fácil.
3. Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
4. Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
5. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
6. Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
7. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
8. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
9. Pone en evidencia pautas de enfermedad.
10. Facilita la educación del paciente.
11. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
12. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
13. El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
14. Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
15. Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.

16. Representa la estructura funcional de la familia.⁵²

El uso del genograma por parte del médico de familia tiene algunas limitaciones. Una de las limitaciones para realizar el genograma es el rechazo expreso por parte del paciente. En el momento en que explicamos al paciente el motivo por el que hemos decidido realizar el genograma y le solicitamos el consentimiento informado, es cuando suele expresar sus reticencias para el uso de esta técnica o su negativa para que la realicemos. Ante cualquier objeción, es preferible posponerlo o incluso no realizarlo. Algunos consideran una limitación para el uso del genograma el hecho de que la información, en la mayoría de las ocasiones, la facilita una sola persona, que al aportar su visión particular, puede distorsionar, consciente o inconscientemente, la realidad. El genograma, aunque contenga información sobre relaciones dinámicas, es un tipo de registro estático, es decir, refleja la situación de un momento determinado, es una «foto de la familia», una imagen congelada, en la que identificamos acontecimientos pasados y presentes, que nos permite deducir situaciones futuras. Este modelo estático, por otra parte común en la mayoría de los registros, es considerado por algunos una limitación para construirlo, pero realmente no lo es, puesto que se corrige con facilidad actualizando periódicamente.⁴⁷

La preocupación principal expresada por los médicos familiares se refiere al tiempo que se requiere para completar un Genograma. Algunos médicos consideran imprácticos a los Genogramas en la consulta diaria con demanda elevada, puesto que incrementan el tiempo destinado a la sección de la historia familiar. también es importante mencionar que un Genograma rara vez se completa en una sola consulta sino que se elabora con el paso del tiempo.⁴⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2, es la patología que genera mayor demanda en la consulta externa, esta demanda que surge por parte de los pacientes, es tanto para llevar un adecuado manejo de su enfermedad, por medio de tratamiento farmacológico, medidas nutricionales, ejercicio y prevenir o limitar las complicaciones crónicas que esta conlleva. Sin embargo de estos pacientes la mayoría se encuentran en descontrol metabólico, resultado de múltiples factores como lo son la no aceptación del paciente de padecer esta enfermedad, mal apego al tratamiento, falta de apoyo por parte de la familia, o en algunos casos un inadecuado tratamiento médico, lo que conlleva a mayor vulnerabilidad y desencadenamiento o reforzamiento de otras patologías, como es el caso de la depresión, esta es una patología de tipo afectivo, primera causa de consulta en el servicio de psiquiatría, sin embargo esta es subdiagnosticada en la consulta externa de primer nivel, ya que su reconocimiento puede dificultarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, mismos que pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales, por lo cual puede este hecho intervenir de manera importante en el descontrol metabólico, por lo que surge la siguiente pregunta.

¿Cuál es la frecuencia de depresión y el perfil familiar del paciente diabético del “Módulo de Diabetes por Etapas” en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE durante el período del 15 de junio al 31 de julio del 2012?

JUSTIFICACIÓN: La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónico-degenerativas con mayor frecuencia y prevalencia tanto a nivel nacional como mundial, es un problema de salud pública ya que las cifras con la cual se presenta es alarmante, y los problemas que traen tanto a la persona, la familia y la sociedad son muy importantes. Reportes de la OMS(5), refiere que en el año 2000 había en todo el mundo aproximadamente 171 millones de personas con diabetes, estimándose que para el año 2030 se elevará a más del doble, hasta llegar a un total de 366 millones.

En México de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo y ocupando el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres (6).

Referente a la depresión más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% (18)

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, refiere (38) Entre los principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales) seguidas del episodio depresivo mayor. Representando el episodio depresivo mayor un porcentaje de 3.3% de incidencia.

Estas son cifras que se presentan sin embargo, no sólo esto se queda en números, lo que también representa es que la diabetes acarrea grandes costos al sector salud tanto en lo referente a medicamentos y en el incremento de las hospitalizaciones por complicaciones agudas como crónicas, y modificando la forma de vivir tanto del que presenta la enfermedad como de familiares o aquellas personas alrededor de él. Ya que se incrementan los gastos que se tienen que realizar en la casa de los que padecen diabetes, y si este es el proveedor y presenta alguna complicación, se limita aún más la economía, creando conflictos dentro del entorno familiar, y por lo cual ser propenso a desencadenar otras patologías por ejemplo la depresión, que puede agravar más la salud del paciente y aumentando los días de incapacidad de este.

El principal problema con el que cuenta esta investigación, es el tiempo que se ocupa en la entrevista, ya que se recabarán datos tanto para el cuestionario como para la elaboración de su familiograma, por lo cual aquellas personas que trabajen, y cuenten con un tiempo limitado, pueden crearse sesgos ante las repuestas precipitadas de estos por lo cual puede crear errores a la recolección de datos, el cuestionario para detección de depresión que se utilizará es el de (Zung) estas son preguntas sencillas que cuentan ya con respuestas que serán seleccionadas, sin embargo algunos pacientes puedan interpretar erróneamente las respuestas o negarse a o contestar algunas por lo cual se crearan errores en los resultados del cuestionario.

Ya que los pacientes que colaboraran en este estudio cuentan con el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, y por lo tanto acuden a su consulta de control, se cuenta con los exámenes de laboratorio necesarios para realizar el registro de algunos elementos que conforman los datos a recabar para esta investigación por lo cual no existe problema con la obtención de los materiales que se requieren para realizar las entrevistas encaminado a la detección de un cuadro depresivo y la elaboración de familiograma.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Conocer la frecuencia de depresión y el perfil familiar del paciente diabético del “Módulo de Diabetes por Etapas” en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE durante el período del 15 de junio al 31 de julio del 2012

Objetivos específicos:

De los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Módulo de diabetes:

- 1.-Clasificarlos por sexo.
- 2.- Conocer edad; la media, mediana, rango y moda.
- 3.-Conocer la escolaridad, ocupación y estado civil.
- 4.- Conocer tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- 5.-Determinar grado de control metabólico según criterios de la NOM
- 6.-Identificar enfermedades que puedan desencadenar depresión (enfermedad cerebrovascular, cáncer, hipo e hipertiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, hipertensión arterial sistémica)
- 7.-Detectar fármacos que en sus efectos secundarios causan depresión (betabloqueantes, corticoides, levodopa, etc)
- 8.-De acuerdo al Test de Zung conocer la frecuencia de depresión
- 10.-Clasificación de las familias según el Consenso de Medicina Familiar 2005.
- 11.- Clasificación de la familia con base a su desarrollo, ocupación del jefe de familia y con base a su demografía
- 12.-Identificar ciclo vital de la familia según Geyman.
- 13.-Detectar pautas conductuales que se repiten a través de generaciones (alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, relaciones conflictivas)
- 14.-Determinar crisis normativas y paranormativas por las cuales se encuentra cursando la familia

HIPÓTESIS: No es necesario formular una hipótesis para este tipo de estudio (descriptivo).

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio. Observacional, descriptivo, transversal, cualitativo, cuantitativo.

Población, lugar y tiempo.

Población: Un total de 889 pacientes que acuden a control al módulo de diabetes de la CMF Marina Nacional ISSSTE

Lugar: Se realizara la recolección en la CMF Marina nacional ubicada en Av. Marina Nacional N° 261 colonia Anáhuac. Delegación Miguel Hidalgo, CP 11320. Distrito Federal

Tiempo. La recolección de datos se realizara en el periodo del 15 de junio al 31 de julio del 2012

Tipo y tamaño de la muestra. No probabilístico por cuotas hasta completar 100 pacientes.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusión: Pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” y que se encuentren bajo tratamiento en el módulo de diabetes turno matutino que deseen participar en la investigación.

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y aquellos con diagnósticos de otras patologías (hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide, problemas oncológicos, etc.)

Exclusión:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1

Pacientes con deterioro cognitivo (pérdida de la memoria) que no pueden aportar datos a la entrevista para realizar el familiograma

Pacientes quienes no sepan leer o escribir

Aquellos no deseen aportar datos para realizar su familiograma

Eliminación:

Pacientes con diagnóstico ya conocido de depresión

Familiogramas incompletos

Información a recolectar (variables).

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma
Sexo	Condición orgánica (masculino, femenino)	Cualitativa	Nominal	1=Femenino 2=Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Discreta	Números consecutivos 1,2,3,4,años etc.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cualitativa	Ordinal	1=Analfabeta 2=Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Licenciatura
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio	Cualitativa	Nominal	1=Obrero 2=Empleado 3=Técnicos 4=Profesionistas 5=Jubilados o pensionados 6=Ama de casa
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Unión libre 4=Divorciado 5=Viudo

Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2	Enfermedad crónico-degenerativa	Cualitativa	Discreta	1=1-5 años 2=6-10 años 3=11-15 años 4=16-20 años 5=21-25 años 6=26-30 años
Existencia de otras patologías	Conjunto de síntomas de una enfermedad	Cualitativa	Nominal	1=Hipertensión arterial sistémica 2=Enfermedad cerebrovascular 3=Cáncer 4=Artritis reumatoide 5=Hipo o hipertiroidismo 6=Hipo o hiperparatiroidismo 7=Enfermedad de Parkinson
Glucemia en ayuno 70-110 mg/dl	Medida de la cantidad de glucosa presente en la sangre sin ingesta de alimento por 8 horas	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Glucemia postprandial 2h <140 mg/dl	Medida de la cantidad de glucosa presente en la sangre posterior a las comidas	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
HbA1c <7%	Prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona combinándose con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas.	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado

Colesterol total <200 mg/dl	Alcohol esteroídico, blanco e insoluble en agua. Participa en la estructura de algunas lipoproteínas plasmáticas y a su presencia en exceso se atribuye la génesis de la aterosclerosis	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Colesterol LDL <100mg/dl	Fracción de colesterol que circula en el torrente sanguíneo ligado a proteínas de baja densidad	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Triglicéridos en ayuno <150mg/dl	Lípidos, formados por una molécula de glicerol	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Colesterol HDL hombres >40mg/dl	Fracción de colesterol que circula en el torrente sanguíneo ligado a proteínas de alta densidad	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Colesterol HDL mujeres >50md/dl	Fracción de colesterol que circula en el torrente sanguíneo ligado a proteínas de alta densidad	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Presión arterial <130/80 mmHg	Presión ejercida por el volumen circulante de la sangre sobre las paredes de las arterias	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

Microalbuminuria <30mg/dl	Excreción urinaria entre 30 y 300 mg albúmina/g creatinina.	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No 3=Sin resultado
Circunferencia abdominal hombres <90 cm	Medición de la distancia alrededor del abdomen	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
Circunferencia abdominal mujeres <80 cm	Medición de la distancia alrededor del abdomen	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
IMC <24.9	Al peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (Kg/m ²).	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
Consumo de algún medicamento	Sustancia que, administrada interior o exteriormente al organismo, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Metildopa 2=Betabloqueantes 3=Corticoides 4=Levodopa 5=Carbamacepina 6=Fenitoina 7=Indometacina 8=Ibuprofeno 9=Metronidazol 10=Vincristina
Cuadro previo de depresión	Síndrome caracterizado por síntomas afectivos, de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

Diagnóstico de depresión	Síndrome caracterizado por síntomas afectivos, de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático	Cualitativa	Nominal	1=No 2=Leve 3=Moderado 4=Grave
Clasificación de las familias con base en el parentesco	El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta	Cualitativa	Nominal	1=Nuclear 2=Nuclear simple 3=Nuclear numerosa 4=Reconstruida (binuclear) 5=Monoparental 6=Monoparental extendida 7=Monoparental extendida compuesta 8=Extensa compuesta 9=No parental
Clasificación de las familias sin parentesco	El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta	Cualitativa	Nominal	1=Monoparental extendida sin parentesco 2=Grupos similares a familias
Presencia física en el hogar	Algún grado de convivencia con el jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia	Cualitativa	Nominal	1=Núcleo integrado 2=Núcleo no integrado 3=Extensa ascendente 4=Extensa colateral
Clasificación de la familia con base en su desarrollo	Empleo remunerado de la madre	Cualitativa	Nominal	1=Moderna 2=Tradicional

Clasificación con base en la ocupación	Trabajo, empleo, oficio Ubica indirectamente nivel socioeconómico familiar	Cualitativa	Nominal	1=Campesina 2=Obrera 3=Profesional
Clasificación con base en su demografía	Acceso y la disponibilidad a servicios en la comunidad	Cualitativa	Nominal	1=Campesina 2=Obrera 3=Profesional
Ciclo vital de la familia según Geyman	Etapa de transición en la familia	Cualitativa	Ordinal	1=Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro y/o muerte
Pautas conductuales que se repiten tras generaciones	Preceptos a seguir, que se presentan en un grupo de edad que comparte a lo largo de su historia un conjunto de experiencias formativas que los distinguen de sus predecesores	Cualitativa	Nominal	1=Alcoholismo 2=Drogadicción 3=Violencia intrafamiliar 4=Divorcios 5=Relaciones conflictivas

<p>Eventos críticos de la familia</p>	<p>Crisis: Evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia</p> <p>Crisis Normativas: Situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar</p> <p>Crisis Paranormativas: Experiencias adversas o inesperadas</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Crisis Normativas</p> <p>1=Matrimonio 2=Dependencia económica 3=Nacimiento primer hijo 4=Hijos se van a la escuela 5=Matrimonio de hijos 6=Jubilación 7=Muerte de cónyuge 8=Problemas conyugales</p> <p>Crisis Paranormativas</p> <p>1= Divorcio 2=Expulsión de la escuela 3=Enfermedades 4=Accidentes 5=Problemas económicos 6=Conductas delictivas 7=Pérdida del trabajo 8=Cambios de residencia 9=Problemas económicos</p>
---------------------------------------	---	--------------------	----------------	--

Método o procedimiento para captar la información.

El estudio de investigación se realizara en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” en el consultorio Numero 1 (Módulo de diabetes). Esta recolección se realizara en el periodo del 15 de junio al 31 de julio del 2012. En el horario de 8:00 a 14:00hrs de lunes a viernes. Este con previa autorización del jefe de enseñanza (Dr. Carlos Eduardo Centurión Vigil), así como de la Dra. Angélica Torres González, encargada del módulo de diabetes.

Para recabar los datos se van a requerir de recursos materiales: Hojas de papel. Fotocopias de cuestionario que será aplicado (Test de Zung), consentimiento informado y formato para elaboración de genograma. Lápices y computadora personal para recolección de datos. Cinta métrica, báscula con estadímetro, baumanometro.

Recursos físicos. Consultorio, un escritorio y sillas para la realización de la entrevista.

Recursos humanos: Personal de enfermería para la toma de signos vitales.

Se explicara al paciente sobre la importancia de su participación en el estudio, se aplicara consentimiento informado y si acepta se continuara a recabar datos

Los datos que se va a recolectar en cada paciente serán: Sexo, edad del paciente, escolaridad, estado civil, nivel educativo, tiempo de diagnostico de la Diabetes Mellitus tipo 2, existencia de otras patologías, y en caso de existir estas anotar cuales padece

Se revisaran estudios de laboratorio para completar datos referentes a control metabólico del paciente.

Se realizara a cada paciente (Test de Zung)

Se realizara familiograma del paciente

Este procedimiento se realizara en cada paciente que acuda a consulta en el modulo de diabetes hasta tener la muestra que se requiere para continuar con el estudio que será de 100 entrevistados, posteriormente ya recabada esta información se procederá a descargar los datos y realizar gráficas de los mismos por excell, posteriormente se realizara la discusión y finalmente las conclusiones.

Consideraciones éticas.

Con base a cuestiones éticas este protocolo se realizara, consentimiento informado el cual se realiza conforme a lo establecido en el artículo 22. Del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título primero.

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal.

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

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

Y en lo estipulado en la Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación médica en seres humanos.

Dentro de las consideraciones éticas que se van a trabajar es, con las mencionadas anteriormente, este estudio no afectara al paciente física, moral o mentalmente, ya que el enfoque es para recolección de datos y para detección de trastorno depresivo, por lo cual si este se diagnostica, se hará una intervención oportuna del mismo.

RESULTADOS:

De un total de 100 pacientes diabéticos entrevistados (100%), 59 son mujeres (59%) y 41 son hombres (41%) (Pastel 1)

De acuerdo a la edad de los pacientes, se tiene que la media es de 62.52 años, la mediana de 62 años, la moda se encontró entre 65 y 66 años, observándose un rango de 38 a 87 años.

Referente a la escolaridad se encontró, primaria 23 pacientes (23%), Secundaria a 18 (18%), Bachillerato 26 (26%) y Licenciatura a 33 (33%) pacientes. (Gráfica 1)

En ocupación de los pacientes los resultados fueron: Empleado 20 pacientes (20%), profesionista 9 pacientes (9%), jubilado 46 (46%) y ama de casa 25 (25%). (Cuadro 1)

En estado civil se encontró 1(1%) soltero, casados 64(64%), en unión libre 5(5%), divorciados o separados 16(16%) y viudos 14(14%). (Gráfica 2)

La forma en que se muestra el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2 es en periodos de cada 5 años: De 1-5 años 23 pacientes (23%) presentaron tiempo de evolución para este rango, de 6-10 años 36 pacientes (36%), 11-15 años 20 pacientes (20%), 16-20 años 10 (10%), 21-25 años 5 (5%), 26-30 años 3(3%) y más de 30 años 3 pacientes (3%) (Cuadro 2 y Gráfica 3)

En control metabólico los resultados se muestran en el (Cuadro 3). Corresponden a criterios de la NOM 015 2010. Y (Cuadro 4) correspondiente a la modificación de la NOM de 1994

Para valorar el control metabólico, se utilizan criterios, los utilizados en este estudio son, los que refiere la NOM 015 2010, y NOM 1994, De la NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, sus criterios fueron los utilizados para observar el control metabólico del paciente diabético, los datos que se recabados fueron los que se encuentran en lo establecido a la norma del 2010, sin embargo al catalogar al paciente en control o descontrol metabólico fue confuso al catalogarlo, por lo que se recurrió a la norma del 1994, aunque no incluye todos los criterios que en la actual modificación, orienta con mayor facilidad al grado de control metabólico del paciente. (Cuadro 3) y (Cuadro 4)

Cuadro 3
Metas Básicas del tratamiento y criterios para valorar el grado de control del paciente NOM-015-SSA2-2010

	Si		No		Sin resultado	
	N	%	N	%	N	%
Glucemia en ayuno 70-110mg/dl	45	45%	55	55%	0	0%
Glucemia postprandial 2h <140mg/dl	44	44%	56	56%	0	0%
Hb A1c <7%	48	48%	52	52%	0	0%
Colesterol total <200mg/dl	67	67%	33	33%	0	0%
Colesterol LDL <100 mg/dl	0	0%	0	0%	100	100%
Triglicéridos en ayuno <160mg/dl	58	58%	42	42%	0	0%
Colesterol HDL en hombres >40 mg/dl	0	0%	0	0%	100	100%
Colesterol HDL en mujeres >50 mg/dl	0	0%	0	0%	100	100%
Presión arterial <130/80 mm/Hg	93	93%	7	7%	0	0%
Microalbuminuria 30	77	77%	23	23%	0	0%
Circunferencia abdominal en hombres <90 cm	19	19%	22	22%	0	0%
Circunferencia abdominal en mujeres <80 cm	15	15%	44	44%	0	0%
IMC <24.9	28	28%	72	72%	0	0%

Fuente: Exámenes de laboratorio y Signos vitales

Cuadro 4
Metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del paciente Modificación a la NOM-015-SSA2- 1994

Metas del tratamiento	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	N	%	N	%
Glucemia en ayuno /mg/dl	<110		110-140		>140	
	45	45%	22	22%	34	34%
Glucemia postprandial de 2h (mg/dl)	<140		<200		>240	
	44	44%	31	31%	24	24%
Colesterol total (mg/dl)	<200		200-239		≥240	
	67	67%	24	24%	9	9%
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150		150-200		>200	
	58	58%	22	22%	20	20%
Colesterol HDL (mg/dl)	>40		35-40		>35	
	Sin resultado		Sin resultado		Sin resultado	
TA (mm/Hg)	<120/80		121-129/81-84		>130/85	
	93	93%	1	1%	6	6%
HbA1c %	<6.5		6.5-8		>8	
	48	48%	31	31%	21	21%

Fuente: Exámenes de laboratorio y Signos vitales

Dentro de las enfermedades que pueden ocasionar un cuadro de depresión, 84 pacientes (84%) de los 100 encuestados (100%), negaron padecer alguna de las enfermedades, 12 pacientes cuentan con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, 2 pacientes (2%) cursaron con artritis reumatoide y 2 pacientes (2%) con hipotiroidismo. (Gráfica 4)

Respecto a fármacos que entre sus efectos secundarios pueden provocar un cuadro de depresión, 88 pacientes (88%) de 100 pacientes encuestados (100%), negaron consumo de alguno de los medicamentos, 6 pacientes (6%) refirieron el consumo de betabloqueantes, 1(1%) para corticoides, 5(5%) carbamacepina. (Gráfica 5)

De un total de 100 pacientes (100%) encuestados, se encontró que 77 pacientes (77%) no se detectó depresión, 20 de ellos (20%) con depresión de grado leve, y 3 pacientes (3%) presentaron depresión moderada.

Referente a resultados con respecto al sexo, 59 pacientes son mujeres (100%), 25 mujeres (76%) no se detectó depresión, 12 (20.3%) con depresión grado leve y 2(3.4%) presentaron depresión grado moderado. Y de los 41 hombres (100%), 32 hombres (78.15) no se detectó depresión, 8 (19.5%) depresión de grado leve y un hombre (2.4%) depresión moderada. (Gráfica 6 y Cuadro 6). Nuevo Cuadro 5

De acuerdo a la clasificación de las familias en relación a su parentesco, de los 100 pacientes encuestados, se estudiaron 99 familias (100%) ya que 2 pacientes que fueron encuestados conforman una familia ya que ambos están casados, los resultados fueron que 1(1.01%) familia se clasificó como nuclear, 46 (46.46%) familias como nuclear simple, 6 (6.06%) nuclear numerosa, 1 (1.01%) familia reconstruida, 21 (21.21%) monoparental, 10(10.1%) monoparental extendida, y 1(1.01%) familia monoparental extendida compuesta, 13 (13.13%) extensa. (Pastel 2)

De acuerdo a la presencia física en el hogar, de las 99 familias (100%), se encontró que 63 familias (63.63%) pertenecían a núcleo integrado, núcleo no integrado 17 familias (17.17%), y 19 familias (19.19%) extensa ascendente. (Pastel 3)

Referente a la clasificación de la familia con base en su desarrollo de las 99 familias (100%) que se estudiaron 54 de ellas (54.54%) se clasificaron como moderna y 45 familias (45.45%) como tradicional (Pastel 4)

De acuerdo a la clasificación de la familia con base a su demografía se encontró que de las 99 familias (100%), 99 (100%) pertenecen a región urbana. (Pastel 5)

Respecto al ciclo vital de la familia. De las 99 familias (100%), Se encontraron en fase de dispersión a 4 familias (4.04 %), independencia 35 (35.35%) y en fase de retiro o muerte 60 familias (60.60%). (Pastel 6)

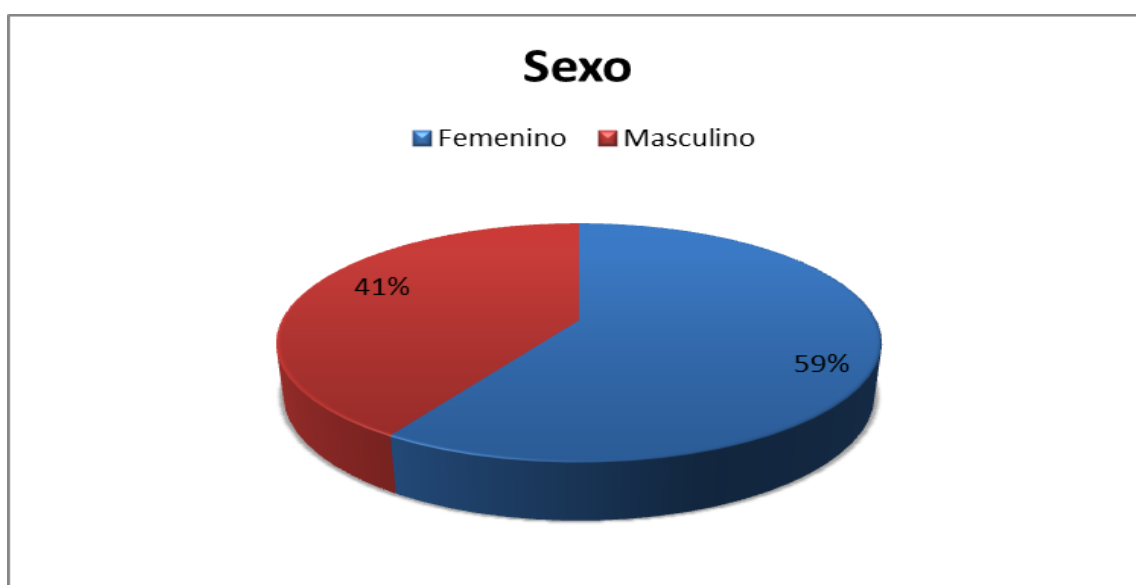
En pautas generacionales que se transmiten a través de generaciones, de las 99 familias (100%), 84 familias (84.84%), no mostraron alguna pauta generacional, de acuerdo a alcoholismo 6 familias (6.06%) presentaron esta situación, divorcios 6 familias (6.06%) y relaciones conflictivas 3 familias (3.03%). (Pastel 7)

Respecto a eventos críticos de la familias los resultados obtenidos para crisis normativas son: En matrimonio se encontró 1 familia (1.01%), de acuerdo a dependencia económica se encontraron 2 familias (2.02%), matrimonio de hijos 4 familias (4.04%), jubilación 46 familias (46.46%), muerte de cónyuge 14 familias (14.14%) y problemas conyugales 4 familias (4.04%). (Gráfica 7)

Y para crisis paranormativas: Divorcio 16 familias (16.16%) de un total de 99 familias (100%), enfermedades 15 familias (15.15%), este rubro no toma en cuenta la diabetes

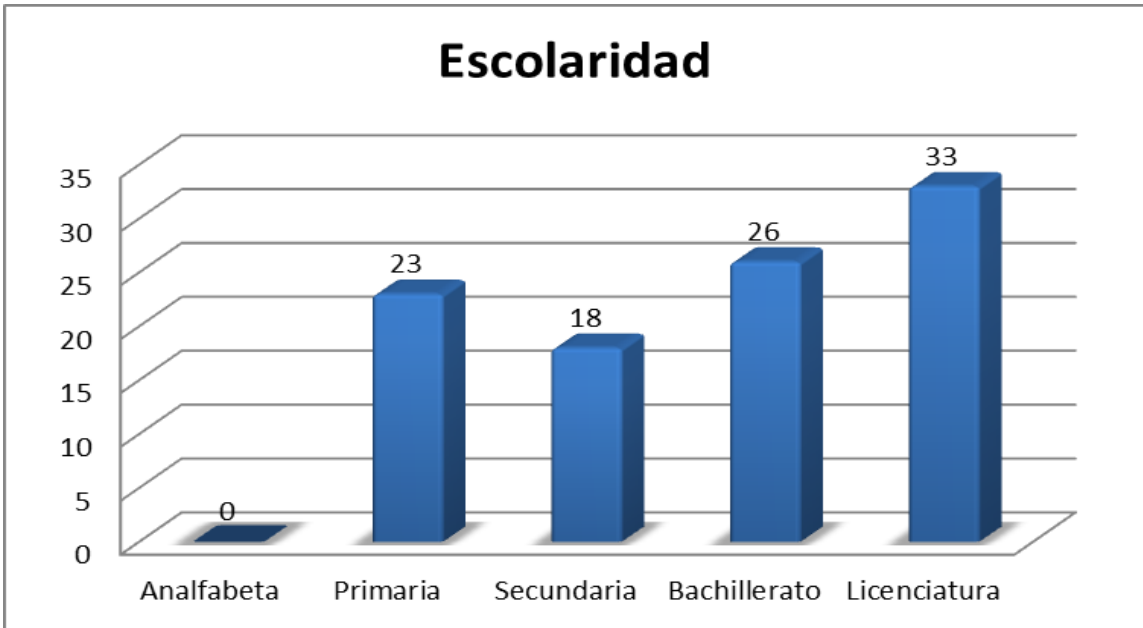
mellitus tipo 2 que padecen los pacientes encuestados, se refiere a diagnóstico de otras enfermedades o en otros integrantes de la familia, accidentes 2 familias (2.02%), conductas delictivas 1 familia (1.01%), pérdida del empleo 3 (3.03%), cambio de residencia (1.01%), cuidado de familiares 12 (12.12%) y problemas económicos 14 familias (14.14%). (Gráfica 8)

Pastel 1



Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 1



Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

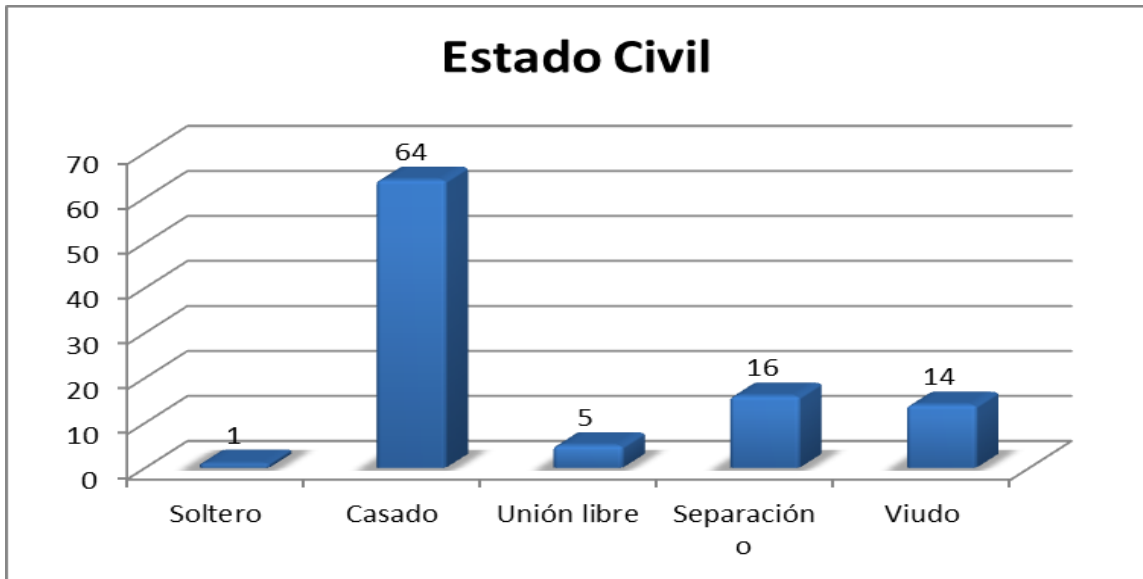
Cuadro 1

Ocupación											
Obrero		Empleado		Técnico		Profesionista		Jubilado		Ama de casa	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	20	20	0	0	9	9	46	46	25	25

Resultados de un total de 100 (100%) pacientes encuestados

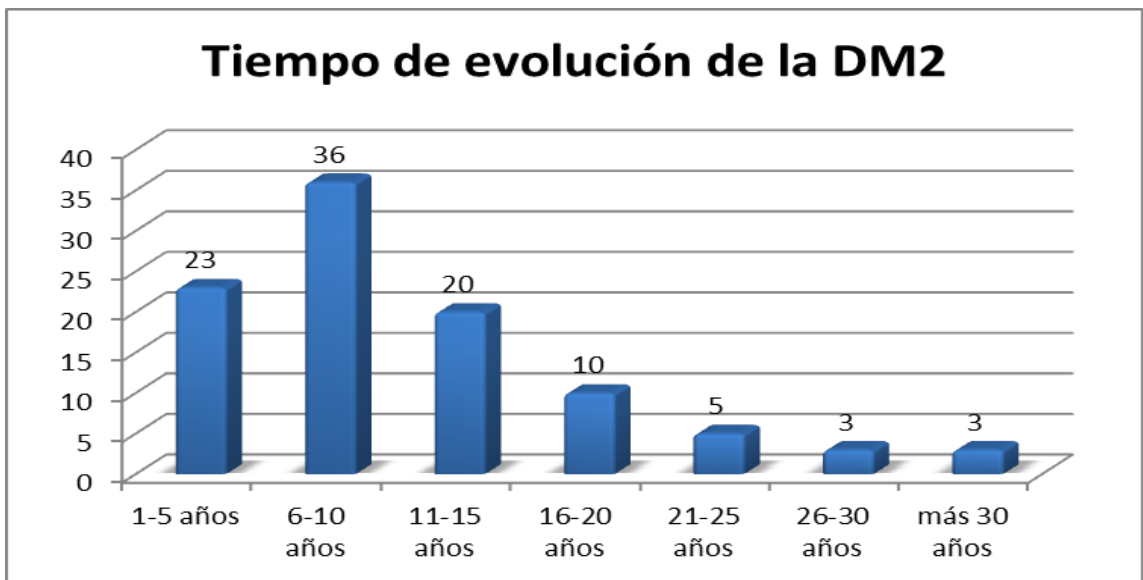
Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 2



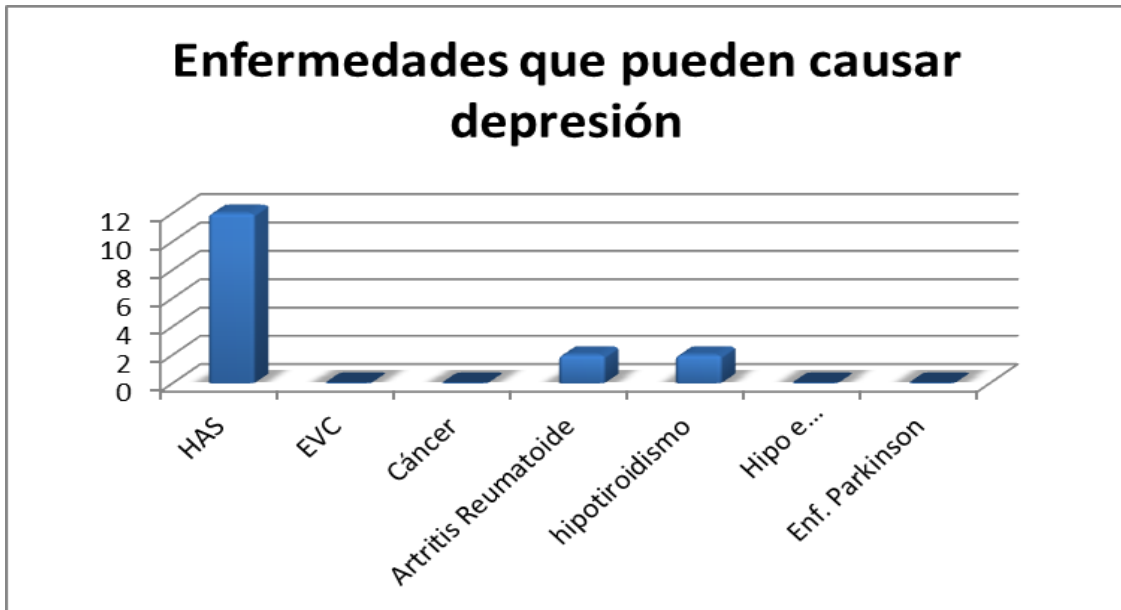
Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 3



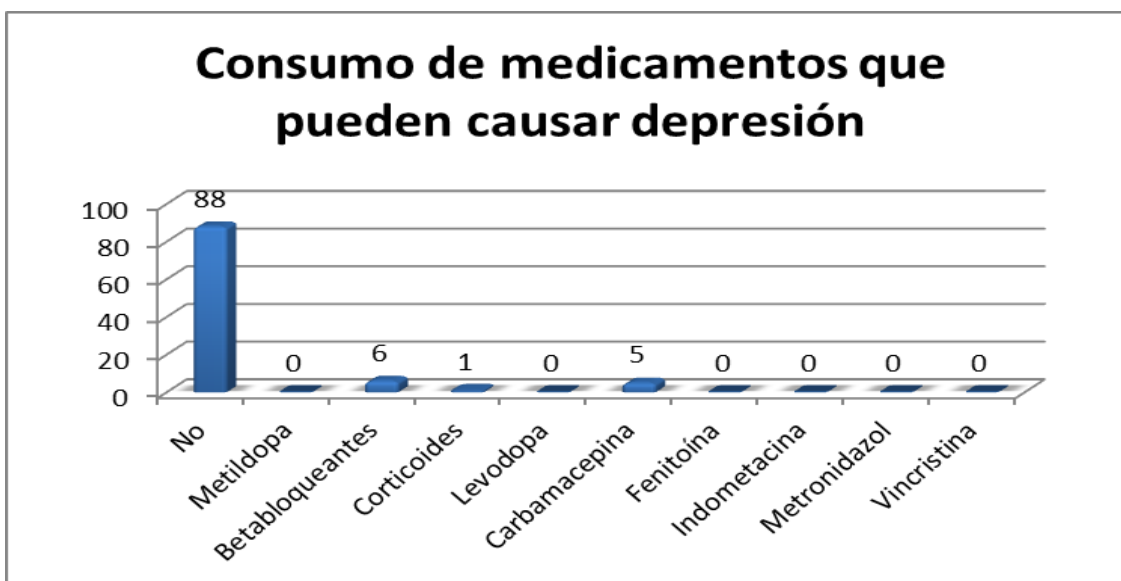
Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 4



Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 5



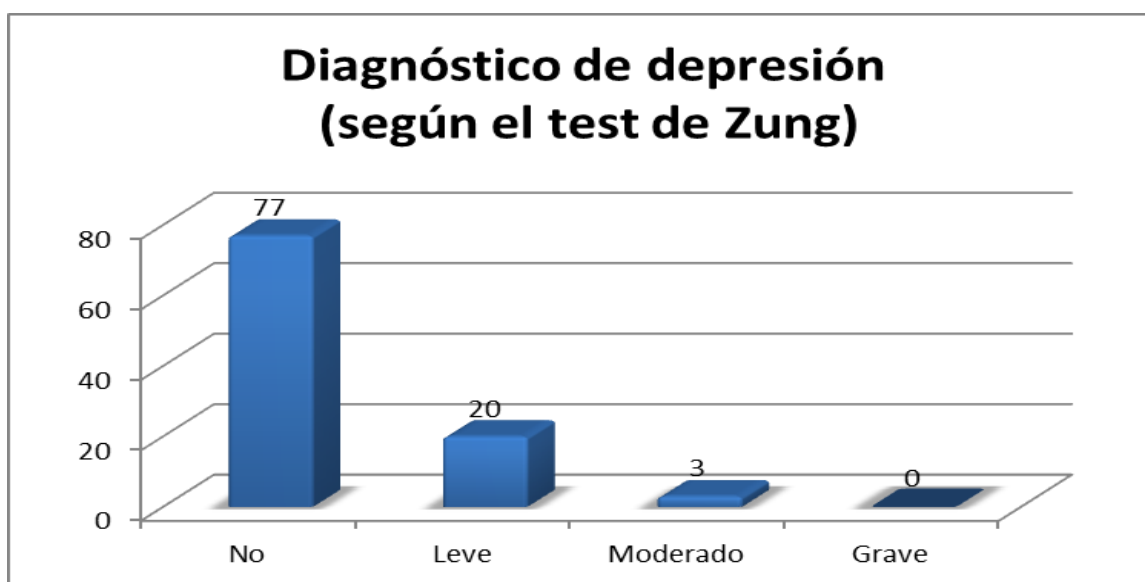
Fuente: Entrevista a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Cuadro 6

Mujeres Total 59								Hombres Total 41							
Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión Severa		Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
45	76	12	20.3	2	3.4	0	0	32	78.1	8	19.5	1	2.4	0	0

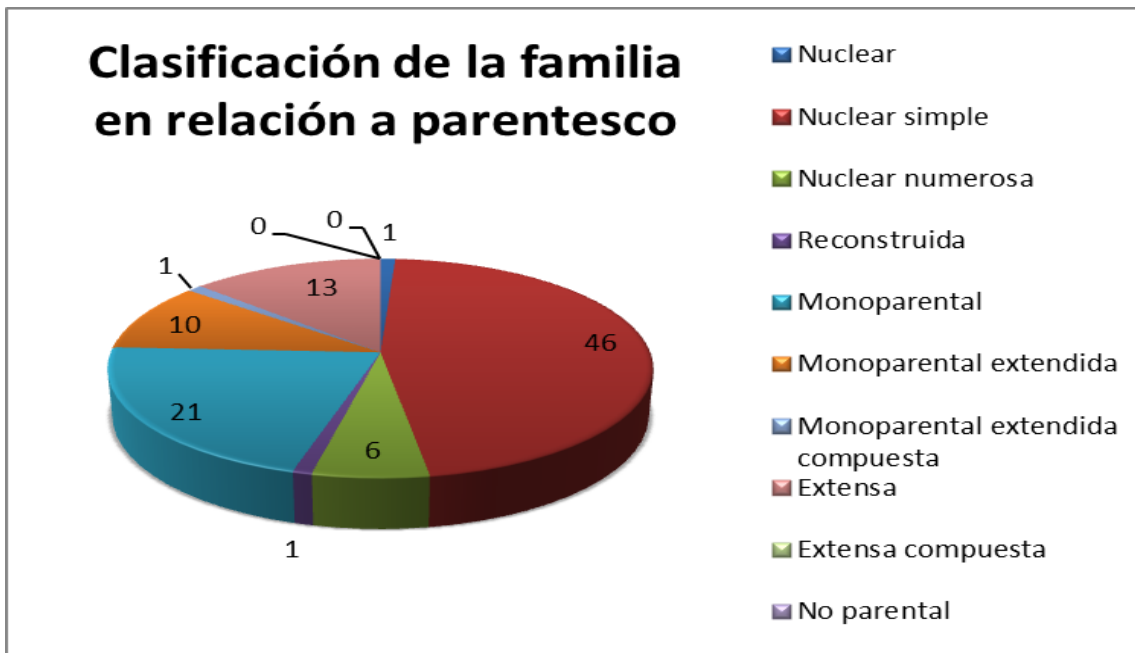
Referencia: Instrumento (Test de Zung) aplicado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 6



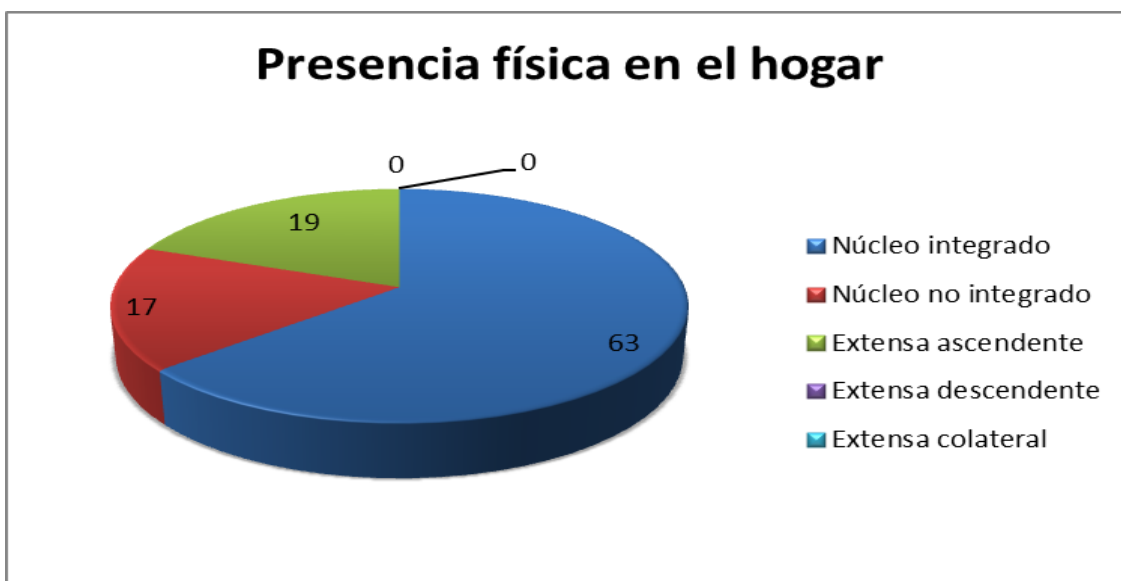
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Pastel 2



Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM2 del Módulo de Diabetes

Pastel 3



Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Pastel 4



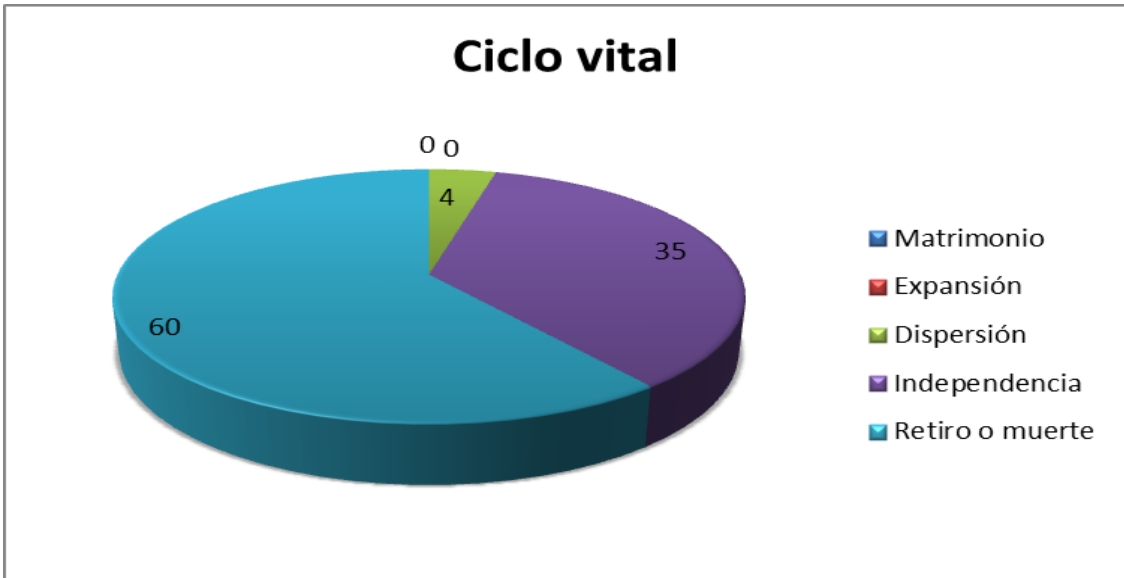
Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Pastel 5



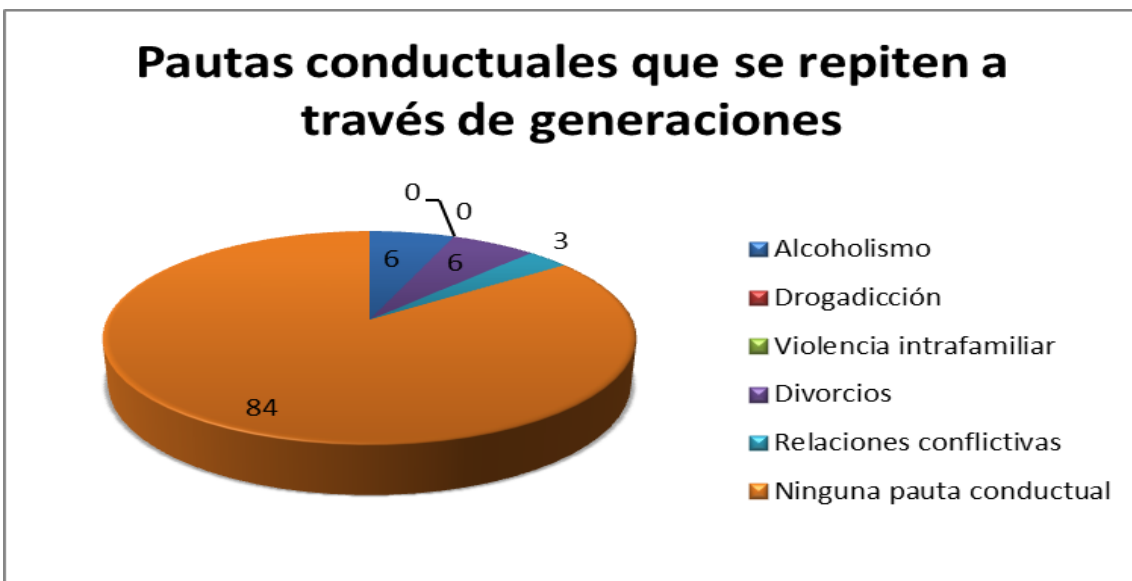
Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Pastel 6



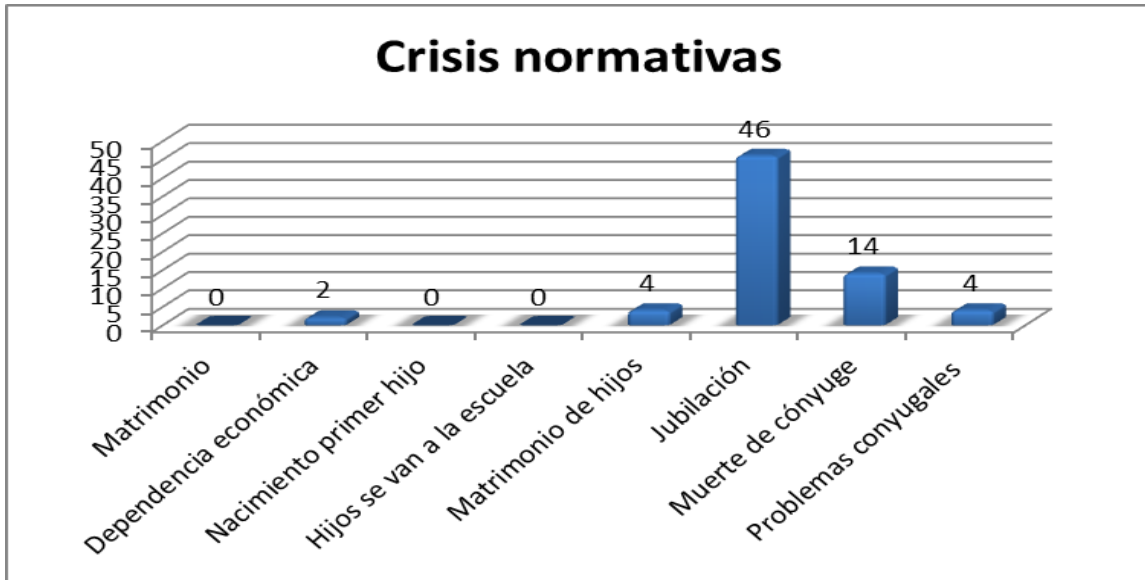
Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM2 del Módulo de Diabetes

Pastel 7



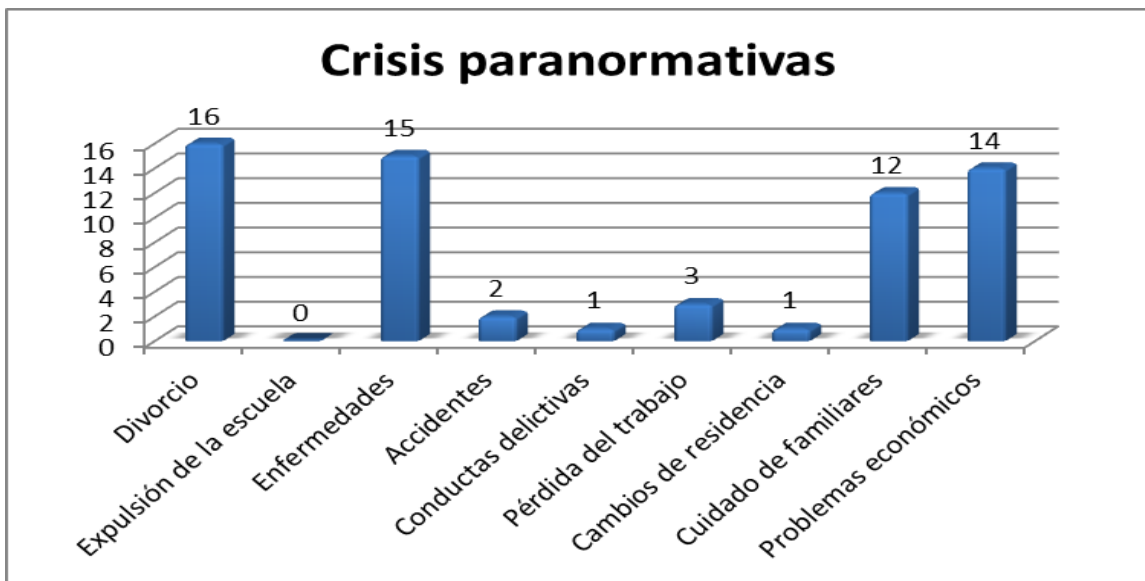
Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

Gráfica 7



Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes Mellitus

Gráfica 8



Fuente: Genograma realizado a pacientes con DM 2 del Módulo de Diabetes

DISCUSIÓN.

En este estudio, la depresión se diagnosticó al aplicar el Test de Zung en promedio a los 65 años, sin embargo, Coutiño²² señala que inicia en la segunda mitad de la tercera década de la vida, probablemente porque se trata de una muestra en población general y sin patologías subyacentes, en nuestra muestra la Diabetes mellitus por si sola es capaz de generar dicha enfermedad, por lo que estas estadísticas se modifican.

En este estudio el diagnóstico de depresión se hizo en 23 pacientes, de los cuáles 14 de estos son mujeres y 9 hombres, lo que muestra similitud en lo referido por Coutiño²², el cual señala que en relación con las diferencias por género, este tipo de trastornos lo padecen dos mujeres por cada hombre. El predominio de depresión en la mujer, es debido a la acumulación de factores desencadenantes del mismo y una incapacidad para la resolución de los mismos, como lo es el divorcio, el tener que cuidar de un familiar o problemas dentro de la familia.

En la población en general de 18 a 65 años de edad la frecuencia de depresión es del 12 % referido por Coutiño²², y ante la presencia de enfermedades concomitantes, como lo es la diabetes mellitus, la prevalencia encontrada es del 11 al 15% según Castro-Ake²⁵, en nuestro estudio la frecuencia es del 23%, porcentaje mayor referido por ambos autores, lo que nos hace pensar que además de la diabetes mellitus, deben de existir otros factores que contribuyan en el aumento de este porcentaje, entre los que se encuentran la presencia de otras patologías como lo refiere la Asociación Mundial de Psiquiatría²⁷, y entre los cuales, 14 pacientes presentan alguna de estas patologías que puedan ocasionar un cuadro depresivo (padeciendo hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide e hipotiroidismo). Una persona ante la presencia de una patología entra en una fase de negación, lo que lleva a esta a un inadecuado manejo de la enfermedad y descontrol de la misma por la no aceptación de la misma y evitando tratamiento, siendo este momento un período de susceptibilidad para que el paciente presente un cuadro de depresión, ahora ante la presencia de más de dos patologías lo llevara innegablemente a un cuadro depresivo o aumentar considerablemente la frecuencia para presentar depresión en algún momento de su enfermedad.

Aunado a los factores de riesgo anteriormente mencionados, contamos con otros factores como los refiere Álvarez¹⁹, la pobreza, el tabaco, circunstancias laborales, el estado civil, y la exposición a adversidades a lo largo de la vida los que están implicados en el comienzo de trastornos depresivos. En este estudio aquellos pacientes con algún grado de depresión, se observó la presencia de diversos eventos, entre los que se encuentran, problemas delictivos que presentó un paciente, el cuidado de un familiar con mayor frecuencia el cuidado de un nieto, referido por 3 pacientes o aquellos que bien ya estaban presentes en algún momento de su vida, pero se sigue perpetuando el problema, lo que es el caso de mala comunicación en la familia, o problemas conyugales, por lo cual hace difícil conocer que evento y en qué momento será en el que se desencadenará depresión. Sin embargo al conocer que un paciente este pasando por una situación adversa en su vida orienta sobre que el paciente será propenso a desencadenar un cuadro de depresión.

En el trabajo se pueden presentar crisis no normativas que puedan crear en una persona una desestabilidad, que en algún momento lleven a esta persona a caer en un estado depresivo, lo que se observó en este estudio que esos eventos que presentaron algunos pacientes fueron desempleo y discapacidad temporal.

Respecto a estado civil, no se precisa cual es un factor de riesgo, pero en lo que se observó en este estudio, los pacientes con depresión, la mayoría (14 de ellos) eran casados, aunque los pacientes cuenten con una pareja, puede haber entre ellos problemas conyugales, relaciones conflictivas, problemas económicos, que ocasionan inestabilidad en su vida familiar, factores que pueden ser evaluados en futuros trabajos.

CONCLUSIONES

Lo que se concluye en este estudio es que la depresión, es una patología que se ha subestimado por ser una enfermedad de tipo afectivo, sin embargo la frecuencia con la que se presenta en el paciente diabético no es de subestimarse y que posiblemente estos valores aumenten con la aparición de otros factores de riesgo o que se perpetúe la depresión en el paciente.

Al final el estudio cumplió con su cometido, el saber con que frecuencia se presenta la depresión en el paciente diabético, además de las características sociodemográficas de la familia.

El tener en cuenta dos patologías como lo es la diabetes mellitus y la depresión, cuya fisiopatología, evolución y tratamiento son totalmente diferentes e incluirlas para un protocolo de estudio fue un reto, ya que la forma con que se iban a estudiar cada una, requería de formas de evaluación completamente diferentes, además se incorporó un familiograma de cada paciente entrevistado, lo que podía ser un problema para continuar con la elaboración del estudio, por la cantidad excesiva de información que se tenía que recabar, el análisis de cada una de ella, y el tiempo que se tenía para la recolección tuvo que ampliarse por las dudas que surgieron por parte de los pacientes al contestar el Test de Zung, algunas preguntas no resultaron comprensibles para algunos pacientes. Por lo general la pregunta que ocasionó mayor problemática fue "Todavía disfruto el sexo", donde los pacientes del sexo masculino, le daban el significado de disfunción eréctil. Aunque ocupó un mayor tiempo dar respuesta a las preguntas del test, esto no modificó en algún momento la respuesta del paciente. Por lo que para tener un adecuado resultado en este estudio fue necesario contar con más tiempo con el paciente para resolver sus dudas y disminuir los errores que pudiera arrojar los resultados con este instrumento.

En la elaboración del genograma, también ocupó mayor tiempo debido a que algunos pacientes, no recordaban o desconocían algunas patologías de familiares, o patologías de los mismos pacientes. Sin embargo se logró recabar todos los datos requeridos para el estudio. La descarga de los resultados fue sencilla, aunque los datos fueron numerosos, el obtener los resultados del genograma fue sencillo, ya que se siguió un orden, además la simbología hace más fácil su comprensión.

Ante la diversidad de factores de riesgo que pueden ocasionar un cuadro de depresión, es difícil establecer cuál de ellos es el que influye de manera más contundente al desarrollo de esta, por lo cual este estudio queda abierto a nuevas líneas de investigación. Sin embargo, con todo lo que se realizó permite visualizar el contexto biopsicosocial de cada paciente y entender mejor el proceso de sus patologías y por lo tanto dar un mejor abordaje terapéutico

De acuerdo a los resultados obtenidos, es aconsejable que los pacientes que estén bajo tratamiento médico, en este caso aquellos con diabetes mellitus, se incorpore a sus acciones de prevención, la detección de depresión, en aquellos pacientes en los que se documente descontrol metabólico, o aquellos que cursen con algún evento que oriente que esta padeciendo un cuadro depresivo como lo es (no aceptación de su enfermedad, rechazo a tratamiento médico, diagnóstico reciente de otras patologías, hospitalizaciones recientes). O cuando expresen directamente al médico, la sintomatología de depresión.

También es importante realizar una detección en aquellos pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2.

Debido al aumento en la frecuencia de la depresión y el subdiagnóstico de esta, es necesario la difusión de la misma, por lo cual se iniciará dando a conocer los resultados que arrojaron este estudio, por medio de una sesión clínica en la cuál se expondrá lo que es la enfermedad, causas y las consecuencias que tiene la depresión, orientada a todo el personal de salud. Ya que el estudio se realizó en pacientes diabéticos, del módulo de diabetes, y cómo son pacientes que reciben capacitación continua acerca de su enfermedad y aspectos de prevención, por lo cual puede ser planeada una platica en la cual se oriente a los pacientes sobre lo que es la depresión, cual es su sintomatología, y el acudir a consulta para detección de la misma. Estas pláticas pueden ser difundidas cómo preventiva a todos los pacientes, que acuden a la clínica, ya que la mayoría de los pacientes diabéticos se encuentran bajo tratamiento en los diferentes consultorios que existen en la clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Villegas PA. Diabetes Mellitus. En: Villegas PA. Fundamentos de Medicina Endocrinología. Colombia: Investigaciones biológicas, 2005. p 243-294.
- (2) Sánchez RG. Historia de la diabetes. Gaceta Médica Boliviana. 2007; 74-78.
- (3) Carranza BO. Primera descripción de la Diabetes Mellitus en Michoacán. El Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 2007; 10 (2): 64-70.
- (4) Asociación Latinoamericana de diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2010: 4-187
- (5) Beaglehole R, Lefébre P. ¡Actuemos ya contra la diabetes! Organización Mundial de la Salud. 2003 (citado 2012 mayo 20). Disponible en: www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- (6) Secretaria de Salud. Programa específico de acción específico 2007-2012. México: Secretaria de Salud, 2008. 84 p.
- (7) Secretaria de Salud (Estados Unidos Mexicanos) NORMA Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, 2010.
- (8) Calderón MA. Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; (7): 3H-11H
- (9) Sociedad Española de Medicina Interna. Protocolos Diabetes Mellitus tipo 2. 2010: 1-251.
- (10) Goday AA, Flores LR. Epidemiología de la Diabetes Mellitus. En: Tébar MFJ; Escobar JF editores. La diabetes Mellitus en la Práctica. España: Panamericana, 2009. p 11-18.
- (11) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. 2011; 34(1): s11-s61.
- (12) Mazze R. Sección tres: diabetes tipo 2. En: Mazze RS, Strock E, Simonson GD, Bergenstal RM, Rodríguez SJ, editores. Prevención, detección y Tratamiento de la Diabetes en Adultos. EUA: International Diabetes Care, 2008. p 3-3 – 3-7
- (13) Ministerio de Sanidad y consumo. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Madrid, 2008. 141 p

- (14) Araiza AR, Alvarez CT. Prescripción de agentes orales a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Guía de tratamiento. Med Int Méx. 2008 ene-feb; 24 (1): 52-58.
- (15) Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía Clínica. Diabetes Mellitus tipo 2. 2010: p 1-74
- (16) Escorcía S. hipoglucemia por fármacos antidiabéticos. Rev Endocrinol Nutr. 2009 jul-sept; 17 (3): 120-138.
- (17) Domínguez SMP. Control Metabólico en Pacientes Diabéticos Tipo 2: grado de Control y nivel de Conocimientos (Estudio Azuer). Rev Clin Med Fam. 2011; 4 (1): 32-41.
- (18) Secretaria de Salud. Modificación a la norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes. 2000: 1-38.
- (19) Ministerio de Salud y Consumo. Gobierno de España. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías de práctica clínica del SNS: 2008. 126 p.
- (20) Secretaria de Salud. Guía de práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo del Adulto. Catálogo maestro de guías de Práctica Clínica: IMSS-161-09. 2009: 55 p.
- (21) Organización mundial de la Salud, instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente WMHS. Publicaciones 2003-2010. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adultos). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adolescentes). 2010: 45 p.
- (22) Coutiño AM, Medina-Mora IME. Tabaquismo y depresión. Salud Mental. 2008 sept-oct; 31 (5): 409-415.
- (23) Wagner FA, Gonzalez-Forteza C, Sánchez- García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud mental. 2012 ene-feb; 35 (1): 3-11.
- (24) Secretaria de Salud. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. México. Secretaría de Salud. 2007. 278 p.
- (25) Castro- ake GA, Tovar- Espinosa JA, Mendoza-Cruz U. Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 467 (4): 377-382.
- (26) Mudgal J, Guimaraes BGL, Díaz- Montiel JC, flores Y, Salmerón J. depression among health workers: the role of social characteristics, work, stress, and chronic diseases. Salud Mental. 2006 sept- oct; 29 (5): 1-8.

- (27) The World Psychiatric Association. WPA Educational Programme on Depressive Disorders. *Physical Illness and depression*. 2: 1-144.
- (28) Alonso- Fernandez F. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Mental*. 2009 nov-dic; 32 (6): 443-445.
- (29) Benítez MJM, Casquero RR, Gasull MV, López CHS, Panero HP, Pont DRM, et al. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. *Depresión y ansiedad*. Madrid: Edicomplet: 2006. 87 p.
- (30) Yopez RLE. Trastornos depresivos. En: Hernán V, rojas M, Borrero RJ editores. *Fundamentos de medicina*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas. 152-171.
- (31) Castillo-Quan JI, Barrera-Buenfil DJ, Pérez-Osorio JM, Alvarez-Cervera FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Rev Neurol*. 2010; 51 (6): 347-359.
- (32) Lezama MSR. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente colombiana. *Psycol av discip*. 2012 ene-jun; 6 (1): 91-101.
- (33) Cogollo Z, Díaz CE, Campo A. Exploración de la validez de construto de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. *Colombia médica*. 2006 abr-jun; 37 (2): 102-106.
- (34) Rivera IBM, Corrales RAE, Canceres RO, Piña LJA. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psic*. 2007 diciembre; 25 (2): 135-140.
- (35) Ongel K, Mergen H, Ton S, Kisioglu AN, Katirci E, Cadirci D, Arslan BK, Gurbuz T, Gumral et al. Psychometric properties of depression in university students of Turkey. *Biomedical research*. 2010; 21 (3): 265-271.
- (36) Piñerua-Shuhaibar L, Estevez J, Suarez- Roca H. autoescala de Zung para depresión como predictor de la respuesta sensorial y autonómica al dolor. *Invest Clin*. 2007; 48 (4): 469-483.
- (37) Instituto de Salud Mental. México. *Depresión*: 2009: 1-31.
- (38) Pablo KG, Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos*. 2011; 15 (1): 119-145.
- (39) Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. *Antidepresivos en el tratamiento de la depresión*. Bolcan 2010 febrero; 2 (1): 1-8.

- (40) Mingote AJC, Gálvez HM, Del Pino CP, Gutiérrez GMD. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med Segur Trab.* 2009; 55 (214): 41-63.
- (41) Navarro-García A, Ponce-Rosas R, Monroy-Caballero C, Trujillo-Benavides E, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F. Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam.* 2004 sept-dic; 6 (3); 78-83.
- (42) Yurrs AI. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. *Instrumentos de abordaje familiar. Anales Sis San Navarra.* 2001; 24 (2): 73-82.
- (43) Membrillo LA, Rodríguez LJL. Definiciones y conceptos de familia. En Membrillo LA, Fernández OMA, Quiroz PJR, Rodríguez LJL editores. *Familia Introducción al estudio de sus elementos.* México: Editores de Textos Mexicanos, 2008. p 35-50.
- (44) De la Revilla AL. El genograma: como realizarlo. En: De la REvoilla AL. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar.* Barcelona España: Doyma; 1994: 101-123.
- (45) Waters I, Watson W, Wetzell W. Genogramas: Instrumentos útiles para los médicos familiares. En: Irigoyen CAE. *Nuevos fundamentos de Medicina Familiar.* México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2006. p 55-71.
- (46) Alegre PY, Suarez BM. Instrumentos de atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA.* 2006; 1 (1): 48-57.
- (47) De la Revilla L. El genograma: mucho más que un dibujo. *Actualización en Med Fam.* 2006; 2 (10): 559-566.
- (48) Huerta GJL. El estudio de la salud familiar. En: Huerta GJL. *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad.* México: Editorial alfil, 2005. p 57-117.
- (49) Zenarutzabeitia PA, López RM. Herramientas para el diagnóstico de la disfunción familiar: el genograma y la entrevista familiar. *El médico interactivo.* 2004: 1-44
- (50) Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E, Terán_Trillo M, Fernández-Ortega MA, Yañez-Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina Familiar. *Arch Med Fam.* 1999; 1 (1): 13-20.
- (51) Primera Reunión de Consenso académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y Salud. Conceptos básicos para el estudio de familias. *Arch Med Fam.* 2005; 7 (1): 15-19.

- (52) Irigoyen CA, Morales DIH, Nuevo diagnostico familiar. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2005
- (53) Mc Goldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. España: Editorial Gedisa, 2000.
- (54) Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Indices Estadísticos de la Salud de la Familia. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. 1976. 100 p.

ANEXOS:

Clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional"

Módulo de Diabetes



Cédula para recolección de datos.

Nombre: _____

Edad _____ Fecha: _____

Medicamentos que consume	Elementos de referencia de control metabólico
	TA _____ mmHg
	Peso _____ kg
	Talla _____ m
	Circ abd _____ cm
	IMC= _____
	Glucosa en ayuno _____ mg/dl
	Glucosa postprandial _____ mg/dl
	Hb glicada _____ %
	Col. Tot _____ mg/dl
	HDL _____ mg/dl
	LDL _____ mg/dl
	Trgliceridos _____ mg/dl
	Microalbuminuria _____ mg/día

Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional”

Módulo de Diabetes



Elaboración de Familiograma:

Fecha:

Familia:

A large empty rectangular box intended for drawing a family tree (Familiograma).

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días

Por favor marque (X) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1.- Me siento decaído y triste				
2.- Por la mañana es cuando me siento mejor				
3.- Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto				
4.- Tengo problemas para dormir en la noche				
5.- Como la misma cantidad de siempre				
6.- Todavía disfruto el sexo				
7.- He notado que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo problemas de estreñimiento				
9.- Mi corazón late más rápido de lo normal				
10.- Me canso sin ninguna razón				
11.- Mi mente está tan clara como siempre				
12.- Me es fácil hacer lo que siempre hacía				
13.- Me siento agitado y no puedo estar quieto				
14.- Siento esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritado de lo normal				
16.- Me es fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y me necesitan				
18.- Mi vida es bastante plena				
19.- Siento que los demás estarían mejor si yo me muriera				
20.- Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Este estudio tiene la característica de recolección de datos para elaborar un famioliograma, un test para detección de depresión en el paciente diabético y realizar hemoglobina glicada. Por lo cual no representará ningún riesgo para el paciente. Es de carácter voluntario y confidencial.

Si en algún momento de la entrevista o al responder el cuestionario usted siente que las preguntas, lo (la) incomodan, siente que afecta su forma de pensar, se siente agredido(a) física o psicológicamente, puede retirarse en cualquier momento de la investigación sin intervenir con el seguimiento de su consulta o su tratamiento médico.

Los datos que usted proporcione tanto en la entrevista como en el cuestionario son de carácter confidencial y será únicamente utilizado para esta investigación.

Se me ha informado ampliamente sobre las características del estudio y si en algún momento surgiera alguna duda esta tendrá respuesta y puedo retirarme en cualquier momento si así lo deseara sin que se creen prejuicios sobre mí.

Acepto participar voluntariamente en este estudio

Nombre: _____ Firma _____

Testigo _____ Firma _____

Fecha: _____