

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Aya Roa, Kevin Julian (1), Herrera Paredes, José Manuel (2), Núñez Colin, Carlos Alberto (3)

¹ [Maestría en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato] [kj.ayaroa@ugto.mx]

² [Departamento de Enfermería clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato] [manuelherrera.seade@gmail.com] Autor de correspondencia

³ [Departamento de Ingenierías, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato] [carlos.nunez@ugtomx.onmicrosoft.com]

RESUMEN

Introducción: La diabetes tipo 2 es considerada la enfermedad crónica de mayor prevalencia en el mundo. Dentro de las comorbilidades de la diabetes, los síntomas depresivos presentan gran incidencia en las personas con diabetes, encontrándose una incidencia del 63% y una relación 3 a 1, predominando más en mujeres que en hombres. La familia es lo primeramente impactado ante la aparición de la enfermedad crónica, la funcionalidad podría influir como factor importante en la aparición de los síntomas depresivos, y por esto se genera la pregunta de investigación: *¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y síntomas depresivos en personas con DT2, en Celaya, Gto?* **Objetivo:** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en personas con DT2 de Celaya, Gto. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, correlacional, aplicado, no experimental, transversal, prospectivo. Se contempla desarrollarse durante el periodo de enero 2019 a diciembre del 2020, directamente con la población con diabetes que asiste a los CAISES de la ciudad de Celaya. Se utilizará 3 instrumentos para la recolección de la información, una cédula de identificación, la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III y la escala Beck II.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes is considered the most prevalent chronic disease in the world. Within the comorbidities of diabetes, depressive symptoms have a high incidence in people with diabetes, with an incidence of 63% and a 3 to 1 ratio, predominantly more in women than in men. The family is the first thing impacted by the appearance of the chronic disease, the functionality could influence as an important factor in the appearance of depressive symptoms, and for this reason the research question is generated: *What is the relationship between family functionality and symptoms Depressants in people with DT2, in Celaya, Gto?* **Objective:** To determine the relationship between family functionality and depressive symptoms in people with DT2 from Celaya, Gto. **Material and methods:** Quantitative, correlational, applied, non-experimental, cross-sectional, prospective study. It is planned to develop during the period from January 2019 to December 2020, directly with the population with diabetes attending the CAISES of the city of Celaya. 3 instruments will be used to collect the information, an identification card, the FACES III family cohesion and adaptability assessment scale and the Beck II scale.

Palabras Clave

1. Funcionalidad familiar, 2. Síntomas depresivos, 3. Diabetes tipo 2, 4. Enfermería, 5. Familia.

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 (DT2) es considerada la enfermedad crónica de mayor prevalencia en el mundo, se estima que para el 2030 sea de las principales causas de muerte en el mundo [1]. En Latinoamérica una de cada doce personas sufre de DT2, siendo la cuarta causa de muerte en el continente [2]. Para el 2017 México era el tercer país con la mayor prevalencia del continente americano [3]. Para el 2018 la diabetes fue la primera causa de muerte en el país, siendo la región del centro la segunda región del país con más número de casos de DT2 [4]. Hasta junio del 2019 se tenía registrado 2599 personas con DT2 [5].

La relación que tienen las personas con DT2 en presentar en una primera instancia síntomas depresivos y posterior depresión, está determinado por múltiples factores psicosociales [6]. encontrándose una incidencia del 63% y una relación 3 a 1, predominando más en mujeres que en hombres [7]. El incremento de pacientes con DT2 trae consigo incremento de síntomas depresivos y posterior depresión en esta población; la depresión en estas personas trae complicaciones y deterioro en el estado de cronicidad [8].

Para la persona con DT2 la familia es un factor importante para el manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones [9;10]; La familia es lo primeramente impactado ante la aparición de la enfermedad crónica [11]; pudiendo afectar la estabilidad al interior del núcleo familiar; lo que puede representar un problema para el funcionamiento familiar [12]. Por lo que se podría decir que la funcionalidad familiar puede influir como factor importante en la aparición de síntomas depresivos y posterior estado de depresión en personas con DT2.

Se utilizo el modelo conceptual de Sistemas de Betty Neuman, el cual permite ver a la persona con DT2 como un sistema abierto, quien está en constante interacción con el entorno; la enfermedad crónica en algún momento de la vida puede afectar la estabilidad familiar y producir disfuncionalidad familiar, convirtiéndose esto en un factor estresor de tipo interpersonal, lo que puede traer desequilibrio al sistema al romper la línea flexible de defensa y la línea normal de defensa, lo que podría provocar la aparición de síntomas depresivos y luego la depresión como enfermedad.

Por todo lo anterior se propuso la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y síntomas depresivos en personas con DT2, en Celaya, Gto?

De acuerdo con la literatura encontrada se estableció como hipótesis, que existe relación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en personas con DT2.

Para poder responder a la pregunta de investigación se planteo el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y síntomas depresivos en personas con DT2.

MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente estudio tiene un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, aplicado, no experimental, transversal, prospectivo. Se contempla desarrollarse entre enero del 2019 a diciembre del 2020, en los centros de atención integral en servicios esenciales de salud (C.A.I.S.E.S) de Celaya, Gto. El universo está conformado por 1.019 personas con DT2 que asiste al control de los CAISES de Celaya; la muestra se calculó con la fórmula de poblaciones finitas con un IC: 95% y por atrición se consideró el 10%, obteniendo un tamaño de muestra de 310 personas, las cuales por estratificación se reparten en los cinco CAISES de Celaya, Gto.

Como criterio de inclusión se consideraron hombres y mujeres de 25 a 60 años, que tengan 2 años como mínimo con el diagnóstico de DT2, que asistan regularmente a su control de salud en los CAISES, que acepten participar, que sepan leer y escribir y firmen el consentimiento informado.

Se consideran tres variables, las descriptivas y las de estudio las cuales son: Funcionalidad familiar como variable independiente y síntomas depresivos como variable dependiente, **ver cuadro 1**.

Los instrumentos que se van a utilizar para la recolección de la información son 3, en las variables descriptivas se utilizará una cedula de identificación personal, consta de 21 preguntas, 16 son de selección múltiple y cinco son preguntas abiertas. Para la variable funcionalidad familiar se utilizará la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III; establece que la funcionalidad familiar es un constructo de tres dimensiones, la cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación, consta de 20 preguntas tipo Likert, de cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) [13]. Posee un Alpha de Cronbach de 0.75 y validado para población mexicana [14]. Para la variable síntomas depresivos se implementará el inventario de depresión de la escala de Beck, el cual es un instrumento utilizado para detectar y evaluar la gravedad de los síntomas depresivos; consta de 21 ítems, se responde con una escala de cuatro puntos que van de cero a tres [15]; es fiable, dado que tiene un Alpha de Cronbach de 0.9 y validado para población mexicana en general [16].

Para la recolección de la información se contará con tres encuestadores, los cuales primero explicará a la población en que consiste la investigación y como se recolectará la información, posterior les entregará el consentimiento informado para que lo lean y lo firmen si desean participar; se les entregará primero la cedula de identificación y posterior el instrumento FACES III y la escala de Beck, se contará con el apoyo de dos psicólogos clínicos para el apoyo en caso de que una persona entre en crisis. Las personas que presente síntomas depresivos moderados o severos serán canalizadas en el CAISES para su oportuna atención.

Para el análisis de datos se empleará la estadística descriptiva (medidas de tendencia central, frecuencias, proporciones y de dispersión) para las características sociodemográficas. En cuanto a la estadística inferencial, se buscará correlación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos, con Goodman-Kruskal. Para determinar significancia estadística de los resultados, se fijó el valor de $p = < 0.50$.

Para las consideraciones éticas y legales se tuvo en cuenta la ley general de salud en materia de investigación; la declaración de Helsinki y el código de ética de enfermería.

Tabla 1: Operacionalización de variables.

Variables descriptivas					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Estadístico
Sexo	En términos de biología, hace referencia a las características sexuales con la que los seres vivos nacen (75).	Característica de identidad del paciente	Categoría nominal	Hombre Mujer	Frecuencia.
Edad	Años en vida de una persona (75).	Años que el sujeto ha vivido, hasta el momento de realizar el estudio.	Numérica	Años cumplidos.	Frecuencia, media, rango, desviación estándar.
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela o universidad; tiempo que dura la enseñanza (76).	Grado de estudios que ha cumplido el sujeto.	Categoría ordinal	Preescolar. Primaria. Secundaria. Preparatoria. Técnico. Tecnólogo. Licenciatura. Otras.	Frecuencia, moda, desviación estándar.
Ocupación	Actividad a la que se dedica la mayoría parte del tiempo (76).	Actividad que realiza la mayor parte del tiempo y recibe algún tipo de remuneración por ello.	Categoría nominal.	Empleado Desempleado Estudiante Pensionado Otro	Frecuencia.
Religión	Conjunto de creencias, con respecto a la divinidad que profesan (76).	Fe o creencias que siguen y/o profesan los sujetos.	Categoría nominal.	Católico Cristiano Otro	Frecuencia.
Estado socioeconómico	Estado económico y sociológico combinada de la preparación laboral de una persona (76).	Capacidad de ingresos económicos del participante.	Categoría nominal	Bajo Medio Medio-alto Alto.	Frecuencia.
Tiempo de diagnóstico con DT2	Tiempo transcurrido desde que le diagnosticaron la enfermedad hasta la actualidad (53).	Número de años con la enfermedad diagnosticada.	Numérica	Años de enfermedad.	Frecuencia, media, rango, desviación estándar.
Peso	Magnitud de masa de un cuerpo sobre la tierra (76).	Magnitud en kilogramos de la masa de un cuerpo.	Numérica	Peso en Kilogramos	Frecuencia, media, rango, desviación estándar.
Talla	Estatura o altura de una persona (76).	Altura de un grupo de personas.	Numérica	Estatura en Centímetros	Frecuencia, media, rango, desviación estándar.
Índice de masa corporal (IMC)	Razón matemática que asocia el peso con la talla, determinando el índice de masa del cuerpo (77).	Relación de la masa corporal con respecto a la altura y el peso.	Categoría Ordinal	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad I, II, III	Frecuencia, moda, desviación estándar.
Glucosa en sangre	Concentración de glucosa libre en sangre (77).	Concentración de glucosa en sangre.	Categoría Ordinal	Hipoglucemia Normal Hiperglucemia	Frecuencia, moda, desviación estándar.
Variables de estudio					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	

Funcionalidad familiar.	Sistema que anima a la socialización dando a sus miembros todo el apoyo, toda la regularización y satisfacciones que son necesarias para su desarrollo personal y relacional. (42).	Funcionalidad o disfuncionalidad familiar, de acuerdo con la flexibilidad y cohesión de la familia, sus relaciones inter y extra personales.	Flexibilidad	-Rígida -Estructurada -Flexible -Caótica
Variable ordinal.			Cohesión	-No relacionada Semirelacionada -Relacionada - Aglutinada
Síntomas depresivos.	Indicio o señal de cambios en el estado de ánimo recurrente de tipo emocional, que causa tristeza constante, aislamiento social y familiar, entre otra sintomatología (45).	Síntomas de estados depresivos.	-Síntomas depresivos ausentes.	0-4
Variable ordinal			-Síntomas depresivos leve	5-7
			-Síntomas depresivos moderados	8-15
			-Síntomas depresivos grave.	>15

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS

- [1]. Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial de diabetes (6). Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=98A5FCA577418210F108E07B2BD3BE73?sequence=1>
- [2]. Organización Panamericana de la Salud. (2006). El número de personas con diabetes en las Américas se triplicó desde 1980. (Washington, DC, 6 de abril de 2016). Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11889:diabetes-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- [3]. International Diabetes Federation. (2017). IDF diabetes atlas (8). Recuperado de: <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>
- [4]. Secretaria de Salud de México. (2018). Estado de la enfermería en México. (1). Recuperado de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf
- [5]. Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles [Internet]. México. Secretaria de Salud; 2017 [Consultado el 12 de julio de 2019]. Recuperado de: <http://oment.uanl.mx/>
- [6]. Bertram, P., Deldin, P. J. (2010). Depression and cardiovascular disease: have a happy day—just smile. *ES*, 31 (10): 1036-1037.
- [7]. Colunga Rodríguez, C., et al. (2005). Type 2 diabetes and depression in Guadalajara, México. *Revista de salud pública*, 10 (1): 137-149.
- [8]. Toro Concha, M., Rodríguez Garcés, C. R. (2010). Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Revista de salud pública*, 19(1): 41 – 50.
- [9]. Janice J. (1982). Diabetes education: It is not only what we say. *Diabetes Care*, 5(3): 343-345.
- [10]. Bennett Johnson S. (1992). Methodological issues in diabetes research: measuring adherence. *Diabetes care*, 15(11): 1658-1667.
- [11]. Ledón Llanes L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de salud pública*, 37 (4): 488-499.
- [12]. Fernández Ortega M.A. (2009). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(6).
- [13]. Schmidt J.P., et al. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3 (2): 30-36.
- [14]. Rosas E. R., Ponce G., et al. (2003). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención primaria*, 31 (10): 624-630.
- [15]. Jurado S., et al. (2013). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21 (3): 26 – 31.
- [16]. Estrada Aranda, B., Delgado Álvarez, C., Landero Hernández, R., González Ramírez, M. (2014). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *UPJ*, 14(1):125-36.