

TÍTULO

Grado de depresión y funcionalidad familiar en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención.

Autor

*Dr. Oscar Valdez Carmona

**Dra. Yolanda Fuentes Flores

*Residente de Medicina Familiar Sede UMF No. 61 Calle 25 Av. 6 y 4 S/N Córdoba, Ver. Teléfono: 71 4-38-00 Ext. 61345. dr_limburger@hotmail.com

** Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar. Calle 22 esquina. Fraccionamiento San Dimas Teléfono: 71 64853 Ext. 1253. yolanda.fuentes@imss.gob.mx

1.-MARCO TEORICO

1.1-ANTECEDENTES

La cardiopatía isquémica constituye un síndrome caracterizado por una disminución del aporte de sangre oxigenada al miocardio que desde un punto de vista estructural, y funcional afecta el libre flujo de sangre de uno o más arterias coronarias epicardicas o de la micro circulación coronaria. (1)

En el mundo cada 4 segundos ocurre un infarto agudo al miocardio. (2)

Según las estimaciones de la organización mundial de la salud, en el año 2009 murieron 57 millones de personas en el mundo y la primera causa de mortalidad fue la cardiopatía isquémica con 7.2 millones de muertes, equivalentes a 12.6%. En América Latina las enfermedades del aparato circulatorio representan aproximadamente 25% del total de las defunciones. La cardiopatía isquémica sigue siendo principal problema de salud pública en países industrializados. (3)

Estudios bien documentados con un nivel de significancia de 0.05, con una precisión relativa del 80% y un límite de confianza del 95% establecieron como factores de riesgo para cardiopatía isquémica, a la hipertensión arterial en odd Ratio de hasta 7 veces mayor probabilidad, al tabaco como 3 veces mayor la probabilidad, a la hipercolesterolemia hasta 2 veces mayor la probabilidad, y al alcoholismo y la actividad física con muy poco nivel de evidencia (4)

Datos procedentes de epidemiología dependiente de la Secretaria de Salud señalan a las enfermedades del aparato cardiovascular como la principal causa de muerte global en la población mexicana siendo la enfermedad isquémica del corazón la principal responsable de las muertes de origen cardiaco, esta enfermedad causa un elevado número de muertes en el IMSS y discapacidad parcial y permanente de aquellos que la padecen. Además la gran mayoría de enfermos con cardiopatía isquémica crónica son pacientes en plena edad laboral por lo que esta enfermedad no sólo afecta de forma directa al paciente sino a todo

su entorno familiar, social y laboral constituyendo un elevado costo social y un verdadero problema de salud pública. (5)

En México la enfermedad isquémica del corazón, ocupa el segundo lugar como causa de muerte, en el periodo del año 2000 a 2008 ocupó tan solo una tasa cruda ascendente de 43.5 a 55.8 por cada 100,000, encontrándose por debajo de la diabetes mellitus. En cuanto al comportamiento por sexo, tiene un comportamiento inverso y es el 16% más alta en la mujer. La tasa de mortalidad en nuestra entidad veracruzana ocupa el 58.8 en mujeres y en hombres 91.4 (6)

La depresión (del latín depressus, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde 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. (7)

La depresión es una psicopatología con una elevada prevalencia creciente y continua siendo más frecuente entre mujeres. La etiología de la depresión se asocia a una gran variedad de factores que no pueden dissociarse de los contextos sociales, físicos y biológicos, como en que ocurre cuando hay una enfermedad de cronicidad tales como enfermedades neoplásicas, enfermedades cardíacas, enfermedades terminales como el VIH, discapacidades funcionales, o alguna malformación orgánica (8).

Existen varios tipos de depresión en general el (DSM-IV-TR) las cataloga como: trastorno depresivo ligero (pocos síntomas o ninguno, solo provoca deterioro menor del desempeño laboral y actividades sociales habituales), trastorno depresivo moderado (sintomatología mas marcada como no poder dormir, y empieza interferir con nuestra vida habitual), trastorno depresivo mayor(se caracteriza por al menos 2 semanas de ánimo depresivo, perdida del interés de las cosas, y acompañado por síntomas como insomnio, falta de apetito, trastorno distímico (se caracteriza por al menos 2 años en que ha habido más días con estado de animo depresivo, acompañado de sintomatología (9).

Se calcula que la prevalencia de la depresión varía del 2 al 32% a nivel de la población mundial y se sabe que es casi dos veces más frecuente entre las mujeres que en los hombres (10).

Estudios evaluados por IMSS en la (Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2008; 46 (5): 479-484) mencionan que los factores de riesgo de la depresión están asociados con: sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio, enfermedades medicas asociadas, enfermedades medicas incapacitantes recientes, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño, duelo familiar. (11).

En un estudio realizado en el 2011 en México por la International Diagnostic Interview Schedule, se pudo corroborar que el 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida (12).

Una reciente proyección de la salud de la población futura concluyo que en el año 2030 los trastornos depresivos mayores y la cardiopatía isquémica se situaran entre las tres causas principales (junto con el VIH/SIDA) de carga de enfermedad de todo el mundo. Además (Am J psychiatry) dice en un estudio trasversal que la depresión mayor se asociara con un aumento del riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica (13)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión mayor es la primera causa de discapacidad. En Europa, el estudio ODIN (Outcome of depresión Internacional Network) encontró una prevalencia global de depresión de 8.56%; 10% para las mujeres y de 6.6% para los hombres. En América Latina los resultados no han sido muy variables 9.8% y en México la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica encontró una prevalencia de depresión de 9.1%. En las enfermedades crónicas degenerativas y en particular en la cardiopatía coronaria, se ha observado una frecuencia elevada de manifestaciones depresivas que va de 17 a 27%, lo cual incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares y aumenta la mortalidad. (14)

Se ha logrado comprobar en algunas familias, la depresión mayor parece ocurrir una generación tras otra, aunque también puede manifestarse en personas sin antecedentes familiares. Por otra parte, una autoestima baja, cambios estresantes o un estrés crónico también puede desencadenar un episodio depresivo, o bien

favorecer la recurrencia o la cronicidad de los síntomas depresivos. Asimismo, en los últimos años se ha mostrado que enfermedades cardíacas, cáncer, Parkinson y los trastornos hormonales pueden causar enfermedad depresiva, lo que a su vez puede influir en la disposición del enfermo para atender sus necesidades físicas y prolongar el periodo de recuperación. (15)

En un estudio realizado por Guerra et al. (2009) determino que en 3 países diferentes: México, Perú Venezuela era similar la depresión mayor, sin embargo esto no es alarmante lo alarmante es que la mayoría de adultos mayores con depresión nunca han recibido tratamiento y esto aumenta más el riesgo de morbi-mortalidad asociada con otras enfermedades crónicas. (16)

Un estudio en España realizado por Gallo J.J y Rabins en el 2008 estimo que 9% de pacientes de la consulta en primer nivel de atención cursan con depresión mayor (17)

La relación entre cardiopatía isquémica y enfermedad psiquiátrica es bidireccional, en la medida que la cardiopatía predispone a cuadros de depresión o ansiedad que ensombrecen el pronóstico de la primera. En esta dirección, un registro multi céntrico por Johnson j. Weissman MM 2008 pone de manifiesto que no todos los síntomas depresivos tienen el mismo efecto negativo cardiovascular. Al menos en pacientes con enfermedad coronaria estable, los síntomas simpáticos (falta de apetito, insomnio o fatiga), pero no los cognitivos, se asocian de forma independiente a un incremento en la incidencia de eventos cardiovasculares. Además, se ha publicado un trabajo que alerta del riesgo de suicidio tras sufrir un IAM, riesgo que es máximo en el primer mes tras el alta, independientemente del hospital (18).

La asociación de trastornos afectivos en las enfermedades orgánicas es muy frecuente y en muchas ocasiones no se valora lo suficiente. Se estima que la tercera parte de los pacientes que precisan hospitalización por patología médica presentan trastornos afectivos con sintomatología ansiosa, ya que el 25% de estos presentan depresión mayor (19)

La presencia básica de una o más situaciones médicas crónicas aumenta la prevalencia del trastorno del estado de ánimo reciente a 6 meses y a lo largo de la

vida, cuanto más grave es la enfermedad médica, más probable es que la depresión la complique (20)

Las enfermedades cardíacas tienen problemas físicos, psicológicos y sociales concomitantes, por lo que es de suma importancia que los especialistas que participan en la atención conozcan estos factores psicológicos de los pacientes cardíacos con el fin de lograr un mejor tratamiento conjunto y además, para que puedan canalizar al paciente al psicólogo y psiquiatra a fin de que reciba una adecuada atención psicoterapéutica. A si el paciente lograra un cambio de su estilo de vida y podrá vivir de la mejor manera con su enfermedad cardíaca, lo que ocasionara efectos favorables en todos los ámbitos de su vida (social, familiar, laboral, sexual, entre otros) en los que también se siente afectado. (21)

La depresión mayor se asocio con un aumento del riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica. La asociación fue independiente de los factores de riesgo establecidos de cardiopatía isquémica y no se redujo a lo largo de varios años. (22)

La tercera parte de los pacientes hospitalizados, con cardiopatía isquémica, cursan con depresión de moderada a severa, influida por la misma cardiopatía, lo que es muy alarmante, ya que no solo corren el riesgo de mayores ataques cardíacos, si no que aumenta la morbilidad y la mala calidad de vida de los sujetos, al tener depresión que agrava los síntomas. Esto es más grave cuando la depresión no es investigada y diagnosticada en este grupo etario, pensando que estos síntomas son propios de la edad. (23)

Una de las escalas de autoevaluación para la depresión es la de Zung, diseñada por W.W. Zung en el año de 1965, esta se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20 a 80. Rango normal 25 a 49, ligeramente deprimido 50 a 59, moderadamente deprimido 60 a 69 y severamente deprimido 70 o más. (24)

La función familiar se compone de un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. En esta imagen evolutiva la familia pasa de una etapa a otra, enfrentando dificultades que se traducen a su vez en la acumulación de factores estresantes esperados o no. Lo anterior obliga a responder con cambios internos y externos que permiten transformar a la familia a fin de que afronte las nuevas circunstancias sin perder su continuidad ni funcionalidad. La imposibilidad de transformarse ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas de los miembros de la familia, problema que se conoce como disfunción familiar. (25).

Un estudio publicado en la Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2009; 47 (4): 383-386 Centro Médico Nacional de IMSS de Occidente demostró que de todos los factores de riesgo para suicidio como: baja auto estima, depresión, enfermedades crónicas, ansiedad, sexo, drogas y disfunción familiar en esta última se demostró ser muy significativa (26)

Múltiples estudios reconocen la importancia del papel de la familia como sistema, no solo en la generación de la enfermedad, sino en su rehabilitación, en la medida en que esta cumpla sus funciones básicas, como el apoyo a sus integrantes. (27)

Un estudio de la universidad de Málaga documentado por Veladez F. Saldivar N. 2008. En su artículo Salud familiar como una alternativa en la atención primaria. Comenta que la Disfunción familiar en enfermos crónicos es un problema emergente este fenómeno pudiera relacionarse con las exigencia permanentes de los pacientes y misma familia, además de la capacidad de articular un mecanismo para enfrentar las situaciones de estrés cuyo objetivo es restablecer el equilibrio para lograr volver a la salud y así poder cumplir con el rol que a cada uno compete (28)

Según una revista cubana escrita por Álvarez M. Acerca de la familia cubana actual. La Habana: Ed. Academia, 2008 documento que la enfermedad de uno de

sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. (29)

Horwitz N. investigadora de tiempo completo de la universidad chilena documentó en el año 2007 cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como problemático, sino como el Portador de las problemáticas familiares (30)

González Benítez documenta en su artículo publicado en la revista de salud publica en cuba 2008 que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales) factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, salud y afrontamiento de crisis) a demás del modo de comportamiento de la sociedad (31)

Uno de los instrumentos confiables y validados para valuar disfunción familiar es el APGAR familiar propuesta por el psicólogo Gabriel Smilkstein en el año de 1978. Este consta de 5 items para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes: Normofuncional 7 a 10 puntos, Disfuncional leve 0-2, Disfuncional grave 3-6. (32)

JUSTIFICACION:

Gracias al aumento de esperanza de vida que se ha logrado hasta de 75 años en promedio de vida y a la baja de nacimientos, se tiene proyectado que en el 2050 esta descenderá a 11 nacimientos por cada mil habitantes, esto traerá como consecuencia que en años venideros nuestra población se invierta y tendremos más población adulta, por lo tanto tendremos que adaptarnos a una serie de padecimientos clínicos crónico degenerativos que son más comunes en la población adulto mayor que en jóvenes, un ejemplo de ello son las enfermedades del aparato cardiovascular como la principal causa de muerte global en la población mexicana, siendo la enfermedad isquémica del corazón la principal responsable de las muertes de origen cardiaco. Asimismo, el gasto que esta implica, tanto para su diagnóstico y su tratamiento y reconocer que ocupa los primeros lugares en consulta de 1 y 2 nivel de atención, además no obviar que la gran mayoría de enfermos con cardiopatía isquémica son paciente en un promedio de vida laboral por lo que esta enfermedad no solo afecta directamente al paciente sino a todo su entorno familiar, social, y laboral constituyendo un elevado costo y un problema de salud pública. Teniendo en cuenta los distintos aspectos mencionados destacamos y no olvidamos que esta entidad causa un grave desequilibrio homeostático y anímico en el paciente, por lo tanto es de suma importancia conocer a profundidad el medio en el que el paciente se desenvuelve y el entorno familiar que es de suma importancia para la recuperación de su salud. Está bien documentado que una enfermedad crónica afecta al paciente en su estado de ánimo y consecuentemente a la familia al grado que puede desencadenar una disfunción familiar. Diversos autores coinciden en señalar que la presencia de trastornos afectivos es un factor determinante en la mejora de la enfermedad o en que esta tenga más efectos adversos tales como arritmias, mayores recurrencias a hospitalizaciones, mayor presencia de angina persistente, infartos al miocardio y menor calidad de vida. Este estudio nace de la idea de no solo ver al paciente como una enfermedad física si no analizar su estado emocional asimismo su entorno considerando que es un ser biopsicosocial que interactúa en todo su sistema. Es de suma importancia manejar el entorno familiar

ya que es determinante para la recuperación del paciente sin limitarnos solo al uso de fármacos, brindándole un tratamiento integral a fin de abatir la morbi-mortalidad.

PREGUNTA DEL PROBLEMA

Investigadores del centro Médico de la universidad Duke, en Carolina del norte, han estudiado diversos medicamentos para la depresión los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y concluyeron que todos los médicos que traten pacientes con alguna enfermedad isquémica del corazón, deberían tomar en cuenta factores como depresión y estrés emocional, para evitar que afecte negativamente a su manejo de la enfermedad y sus complicaciones: movimientos anómalos de la pared, reducción de la cantidad de sangre que se bombea desde el ventrículo izquierdo, cambios isquémicos en las pruebas de electrocardiograma o una combinación de estos síntomas, pudieron documentar que el uso a corto plazo de los ISRS mejoran los niveles de biomarcadores asociados a los resultados cardiovasculares adversos 22/may/2013 JAMA. 2013 May; 309(20):2139-2149

En un artículo elaborado en el año 2010 por investigadores de la clínica Mayo de los EE.UU y la universidad de Montreal Canadá, se publicó que las complicaciones graves sufridas a cinco años entre los pacientes infartados con depresión, supera ampliamente lo esperado para aquellos que no sufren depresión, y sugirieron a la depresión como factor de riesgo cardiovascular junto con tabaquismo, sedentarismo hipertensión arterial, HDL < 40, y VDL >160, diabetes mellitus y obesidad Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al (2010). *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (INTERHEART study): case-control study*. Lancet. Sep 11; 364(9438):937-52

Estudios de fisiología cardíaca realizados por la *American Heart Association* en el año 2008, clasificaron los mecanismos por el cual la depresión incide negativamente sobre la enfermedad coronaria, estas las dividieron en trastornos conductuales en donde el paciente abandona el tratamiento y no sigue normas alimenticias. Trastornos biológicos en donde ocurren anomalías vasomotoras, respuesta inflamatoria alterada, hiperactividad adrenérgica, alteración de función plaquetaria. Se logró concluir que esto predispone a una baja de endorfinas y que al estimular la secreción de estas al reír, realizar ejercicios aeróbicos y a la medicación de ISRS el paciente tenía una mejor calidad de vida y una mayor relación familiar

Thom T., Haase N., Rosamond W., y Col (2008). *American Heart Association Statistics Committee.*

Por todo lo anterior considero el presente trabajo de investigación ya que un diagnóstico oportuno y el manejo de la depresión y la funcionalidad familiar en pacientes con cardiopatía isquémica mejorarían ampliamente el pronóstico de esta enfermedad crónica que tiene amplias repercusiones en la funcionalidad de los pacientes.

PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de depresión y funcionalidad familiar en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención?

HIPOTESIS

El grado de depresión es alto y la funcionalidad familiar va de moderada a grave en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención.

OBJETIVOS

2.2.-OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de depresión y funcionalidad familiar en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

2.3.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir los grados de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Identificar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Determinar el tipo de familia por su estructura en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Determinar las características sociodemográficas en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Determinar el grado de obesidad en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Determinar el tiempo de evolución en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Determinar otras enfermedades asociadas a cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

Identificar el consumo de tabaco en pacientes con cardiopatía isquémica en segundo nivel de atención

3.- MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO: transversal, observacional y analítico.

4.-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

POBLACIÓN: Todos los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica derechohabientes del Hospital General de Zona Número 8. Subsecuentes.

LUGAR: Hospital General de Zona Número 8 de Córdoba Veracruz

PERIODO DE ESTUDIO 1 de Abril del 2013 al 30 de enero del 2015

PERIODO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA: 1 de Abril del 2014 al 30 de Septiembre del 2014

5.-MUESTRA

Por Conveniencia.

6.-CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica con cateterismo o sin cateterismo, que acuden a control de forma subsecuente, que son derechohabientes, que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado, de 40 a 75 años.

Criterios de no inclusión:

Todos los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica que no son derechohabientes, que no acepten participar en el estudio, que no hayan firmado del consentimiento informado, con edades de menos de 40 y más de 75 años.

Criterios de Eliminación: Todas las encuestas ilegibles o incompletas.

7. VARIABLES: TIPO Y ESCALA DE MEDICION.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE ESCALA	INDICADORES
7.1.- GRADO DE DEPRESIÓN	Existen varios tipos de depresión en general el (DSM-IV-TR) las cataloga como: trastorno depresivo ligero (pocos síntomas o ninguno, solo provoca deterioro menor del desempeño laboral y actividades sociales habituales), trastorno depresivo moderado (sintomatología más marcada como no poder dormir, y empieza interferir con nuestra vida habitual), trastorno depresivo mayor(se caracteriza por al menos 2	Para fines del presente estudio, se considerará como grado de depresión al resultado de aplicar la encuesta Zung. WW validada y confiable por el autor Zung.w.w.k validación de Archives of general psychiatry 1965; 12:63-70. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la	Cualitativa	Nominal Ordinal	A) 25-49 rango normal B)50-59 Ligeramente deprimido C)60-69 Moderadamente deprimido D)70 o más, Severamente deprimido

	<p>semanas de ánimo depresivo, pérdida del interés de las cosas, y acompañado por síntomas como insomnio, falta de apetito, trastorno distímico (se caracteriza por al menos 2 años en que ha habido más días con estado de ánimo depresivo, acompañado de sintomatología).</p>	<p>escala que indican las 4 características más comunes de la depresión; el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras. Hay 10 preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.</p>			
--	---	--	--	--	--

7.2.- GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Grado de interacción de los miembros de la familia que promueve la madurez emocional y física de estos y de la familia como unidad Minuchin Salvador. (1986). Familias y Terapia Familiar. (5a. Ed.). Argentina. GEDISA	Para fines del presente estudio se tomará como grado de funcionalidad familiar al resultado de aplicar la encuesta APGAR FAMILIAR, validad y confiable por el autor. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez Cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289-295	cualitativa	Nominal, Ordinal	A)Normo funcional: 7 - 10 puntos B)Disfuncional leve: 0 - 2 C)Disfuncional grave: 3 - 6
7.3.- SEXO	Se define como la propiedad según la cual puede clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas y asignarlas como masculino o femenina	Para fines del presente estudio se considerará sexo, el que anote el paciente al aplicarle la encuesta en la primera sección de aspectos sociodemográficos	Cualitativa	Nominal, dicotómica	A) Masculino B)Femenino
7.4.- EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Para fines del presente estudio se considerará la	Cuantita-	Nominal de razón	40-45 años B) 46-50 años

	hasta el tiempo actual de vida Diccionario Larousse 2012	edad que el propio paciente anote al aplicarle la encuesta en la primera sección de aspectos sociodemográficos	Tiva		C) 51-55 años D) 56-60 años E) 61-75 años
7.5.- ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentran o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ello unan situación familiar. Diccionario Larousse 2012	Para fines del presente estudio se considerará estado civil lo que el propio paciente anote al aplicarle la encuesta en la primera sección de aspectos sociodemográficos.	Cualitativa	Nominal dicotómica	A)Casado B)Soltero
7.6.- TIPO DE FAMILIA POR ESTRUCTURA	Las familias están clasificadas en los siguientes tipos: nuclear, extensa, monoparental, ensambladas, homoparental, madre soltera, y padres separados Rev.	Para fines del presente estudio se considerará tipo de familia por estructura a la conclusión que efectuó el investigador al analizar la respuesta que anote el	Cualitativa	Nominal, politómica	A)Nuclear B)Extensa C)Extensa compuesta D)Monoparental E) Ensamblada

	<p>Paceña Med Fam 2006; 3(4): 95-100</p>	<p>paciente en la encuesta al responder a la pregunta: ¿Quiénes habitan en su domicilio? Rev. Paceña Med Fam 2006; 3(4): 95-100</p> <p>Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.</p> <p>Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa compuesta: Puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.</p> <p>Familia mono parental, en la que el hijo o hijos viven solo con uno de sus</p>			<p>E)Reconstituida</p>
--	--	---	--	--	------------------------

		<p>padres.</p> <p>Familia ensamblada, es la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etc., quienes viven juntos en el mismo lugar por un tiempo</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>considerable.</p> <p>Familia homoparental, se considera familia homoparental aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños. Las parejas homoparentales pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad subrogada o de la inseminación artificial en el caso de las mujeres. También se consideran familias homoparentales aquellas en las que uno de los dos miembros tienen hijos de forma natural de una relación anterior.</p>			
--	--	---	--	--	--

		Familia reconstituida: padre y madre, en que alguno o ambos han sido divorciados y viudos y tienen hijos de una unión anterior.			
7.7.- GRADO DE OBESIDAD	La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. En su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de las grasas, causa de carácter neuroendocrino, metabólico, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas.	Para fines de este estudio y en base a GPC se tomara la clasificación de sobrepeso 25.0 a 29.9, obesidad grado I con un IMC 30 a 34.9, obesidad grado II de 35 a 39.9 y obesidad grado III \geq 40.0 GPC- IMSS-046-08 2012. Para lo cual se tomara el peso y talla de su tarjeta prevenimss y el investigador obtendrá el IMC para clasificar su	Cualitativa	Nominal ordinal	A) Sobrepeso 25.0 B) Grado de obesidad I. 30 a 34.9 C) Grado de obesidad II. 35 a 39.9 D) Grado de obesidad III. > 40.0

	GPC- IMSS-046-08 2012	grado de obesidad			
7.8 TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Tiempo en el que aparece una enfermedad y esta se desarrolla hasta su limitación o cronicidad. Mosby-Doyma Libros.13 edición año 2008 pp. 554	Para fines del presente estudio se tomara la que registre el paciente al preguntarle ¿ Qué tiempo tiene enfermo del corazón?	Cuantitativa	De razón	A)Menos de 1 año B)De 1 a 5 años C)De 6 a 10 años D)Más de 10 años
7.9- ENFERMEDADES ASOCIADAS	Enfermedades que coexisten o suceden a otras según Medicina Interna. Mosby-Doyma Libros.13 edición año 2008 pp. 133	Para fines del presente estudio se consideraran como enfermedades asociadas a las que anote el propio paciente en la encuesta aplicada y responda a la pregunta ¿Qué otras enfermedades padece aparte de su problema cardiaco? Y el investigador clasificará de acuerdo al indicador de	Cualitativa	Nominal, politémica	A) Obesidad B)Hipertensión C)Diabetes D)Mellitus E)Otras

		esta investigación, en el caso de Obesidad, considerará el peso y la talla anotada en la tarjeta prevenida y efectuará la determinación de IMC.			
7.10.- CONSUMO DE TABACO	El consumo crónico generado por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica como así también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas. Según la OMSS	Se considerará consumo de tabaco cuando el propio paciente responde la pregunta ¿consume tabaco actualmente? Sin importar la periodicidad ni el número de cigarrillos.	cualitativa	Nominal dicotómica	A)Si B)No

PROCEDIMIENTO:

- a) Se someterá a revisión el protocolo de estudio por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 8; una vez aceptado y autorizado se acudirá con el director del Hospital de la Ciudad de Córdoba Veracruz para solicitar las facilidades para la realización del mismo.
- b) Posteriormente se abordará a los pacientes que están en espera de su consulta en el módulo de cardiología del hospital general de zona número 8, se les explicará a detalle el objetivo de la investigación y se dará respuesta a las dudas, los pacientes que acepten se les invitará a firmar el consentimiento informado para dar seguimiento a la presente investigación.
- c) Se les aplicará dos instrumentos confiables que son APGAR familiar validado por Smilkstein en el año de 1978 y encuesta de Zung para la depresión validada desde 1965, Aself- rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70. Una vez registradas las respuestas, los instrumentos serán calificados por el investigador responsable.
- d) A dichos instrumentos se les adicionará una sección de respuestas de variable socio demográficas. Que incluirán sexo y edad, estado civil, consumo de tabaco, grado de obesidad, tipos de familia. Para grado de obesidad el investigador tomará el último peso y talla de la tarjeta PREVENIMSS y aplicará la fórmula $\text{peso}/\text{talla}^2$ al cuadrado y obtendrá el grado de Obesidad. Para el tipo de familia por estructura, será el propio investigador el que califique al cual pertenece de acuerdo a la respuesta que haya registrado el propio paciente.
- e) El investigador recolectará los datos de las diferentes variables y los resultados obtenidos se capturarán en una base de datos del programa SPSS versión 19. Para su análisis estadístico

ANALISIS ESTADISTICO:

Se incluirán los datos descriptivos como fracciones simples y proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. Estadística Inferencial al contrastar resultados.

8.- CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II. Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal el 23 de diciembre 1986, publicado en el Diario Oficial de la Federación. (33)

9.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

Recursos Humanos:

1 Medico Residente

1 Médico Especialista en Medicina Familiar

Recursos Materiales:

- Formatos de Registros
- 300 hojas blancas
- 1 computadora
- 1 impresora
- 2 lapiceros
- 4 lápices
- 2 gomas de borrar
- 30 artículos actuales
- 1 Memoria USB 16GB

Recursos financieros:

Recursos del IMSS y propios de los investigadores.

10.- REFERENTES BIBLIOGRAFICOS

1. Rojas G. Milda M. Saber. ischemic cardiopathy and associated risk factors Venezuela. 20 N° 3: 298-304. (2008)
2. Martin R. Cardiovascular disease. Mortality. Epidemiology. (Arch Cardio Mex 2008; 77(1): 91-93.
3. Sanchez J. Comportamiento de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México en el periodo 2000- 2008. Gac Méd Méx 2009 145 No.(5),234-235
4. Escobedo J, Rodríguez G. Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de tendencias en la población amparada por el instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. Arch Cardiol Mex 2010;80(4):242-248
5. Tarrago E, Leonor A. Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. Rev Panam Sal Pub. 2008; 24(3):169-79
6. Pichardo A, Pedrero L. Emociones y cardiopatía isquémica en el anciano. Enfermedad psicósomática o somato psíquica. Archivo Geriátrico 2008;5(4):148-51
7. Patrick J, Smith y James A. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. Rev Esp Cardiol. 2011;64(10):924-933
8. Hernando R. Etiología y fisiopatología de la Depresión. Rev Mex Psiquiatria 2011; 22 (1): 39-43
9. González L, Mónica I, Sánchez P. Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria. Med Int Mex 2008;24(3):204-9
10. Blanca P, Rios M, Huitron G. Psicopatología y personalidad de pacientes cardíopatas. Arch Cardiol Mex 2009;79(4):257-262

11. Jyoti M, Guillermo L, Diaz J. Depression Among Health Workers: The Role of Social Characteristics, work stress, And chronic Diseases *Salud Publica México*, 36:200-209, 2009
12. Dra. Giovanna L, Dr. Llanque C. Depresión. *Rev Paceaña Med Fam* 2008; 5(7): 24-31
13. Candit LM. Obesity and cardiology in vulnerable populations: reflection on proximal and distal causes. *Annals of family medicine*.2007;5(6):547-56
14. Lee A MD. AAFP. Guideline For the Detection and Management of Post-Myocardial Infarction Depression 2008: 5 (1) 22-23
15. Esquivel CG,. Gamez JA. Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo *MEDICRIT* 2009; 6(1):18-23
16. Arilla J A, Lliteras M. Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica adultos mayores Una relación incierta. *Psiquiatria Biol.* 2009;13(3):79-85
17. Gallo J, Rabins. Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*. 2008. 60(3):820-826
18. Johnson J. Weismann MM. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community 2008; 267:1478-1483.
19. González F, Wagner F. Enfocando la depresión como problema de salud publica en México. *Salud Mental* 2012;35:3-11
20. Dr. Romero E. Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev. Urug cardiol* 2008; 22
21. Paul G, Nicholas W. Depresión y mortalidad por cardiopatía isquémica: evidencias del EPIC- Norfolk United Kingdom Prospective Cohorte Study *Am J Psychiatry* 2008; 165:515-523.
22. Muñoz AI, Carranza J. Perfil alimentario de una población rural de Michoacán y su asociación con obesidad, cardiopatía isquémica y depresión. *Medicina Interna*. 2010;26 (1):24-30
23. Lazarevich I, Mora F. Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 2009. 22: 285-316

24. Zung W. Escala de depression Zung. Arch Gen Psychiatry 1965;12: 63-70
25. Mercedes O, López M. Respuestas de la familia a la enfermedad crónica. Desarrollo Cientif Enferm. 2009; 28 (2) 18-19
26. Ramón G, Oscar K. Suicidio Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2009; 47 (4): 383-386
27. Villa M, Robles A, Armida E. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (6): 643-646
28. Veladez F, Saldivar N. Salud familiar como una alternativa en la atención primaria. España: 2008 Junio;15(5):216-219
29. García M. Funcionalidad familiar y capacidad física en los adultos. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008; 15(1):21-26.
30. Horwitz N. La familia y el enfermo: Chile 2009;7(1):1-7
31. García B. La familia y su núcleo importancia vital Chile 2011; 53:34-39.
- 31.-The International Response to Helsinki; VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for medical Research Involving Human Subjects as adopted by the 52 WMA General Assembly, Edinburgh, October 2000
32. - Smilkstein G. The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam pract 1978; 6: 1231-9
33. - Colectivo de autores. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario oficial de la Federación 1982. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> (30 de 30)11/04/2007 08:30:02 a.m.