

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON ESTRÉS,
ANSIEDAD, DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.75, 2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCOYOTL**

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

**PRESENTA
M.C. PATRICIA ESQUIVEL HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. OSCAR DONOVAN CASAS PATIÑO.**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON ESTRÉS,
ANSIEDAD, DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75, 2012”**

ÍNDICE

Cap.....	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1.- Diabetes.....	1
I.1.1. Concepto.....	1
I.2 Funcionalidad Familiar.....	1
I.3.- Estrés.....	2
I.3.1 Clasificación.....	2
I.3.2 Instrumento de evaluación.....	2
I.4.- Ansiedad.....	3
I.5.- Depresión.....	3
I.6 Marco Contextual.....	5
I.7 Antecedentes científicos.....	5
I.7.1 Panorama Mundial.....	5
I.7.2 Panorama Nacional.....	6
I.7.3 Panorama IMSS.....	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
II.1 Argumentación.....	9
II.2 Pregunta de Investigación.....	9
III. JUSTIFICACIONES.	
III.1 Académica.....	10
III.2 Científica.....	10
III.3 Social.....	10
III.4 Económica.....	10
IV. HIPÓTESIS	
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	11
IV.1.1 Unidades de Observación.....	11
IV.1.2 Variables.....	11
IV.1.2.1 Dependiente.....	11
IV.1.2.2 Independientes.....	11
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	11
V. OBJETIVOS	
V.1 General.....	12
V.2.Específicos.....	12
VI. MÉTODO.	
VI.1 Tipo de estudio.....	13
VI.2.Diseño del estudio.....	13
VI.3 Operacionalización de variables.....	13
VI.4 Universo de Trabajo.....	15
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	15
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	16
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	16
VI.5. Instrumento de Investigación.....	16
VI.5.1 Descripción.....	16
VI.5.2 Validación.....	18
VI.5.3 Aplicación.....	18

VI.6 Desarrollo del proyecto.....	18
VI.7 Límite de espacio.....	18
VI.8 Límite de tiempo.....	19
VI.9 Diseño de análisis.....	19
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	20
VIII. ORGANIZACIÓN.....	20
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
X.- CUADROS Y GRÁFICOS.....	23
XI.- CONCLUSIONES.....	31
XII.- RECOMENDACIONES.....	32
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	33
XIV. ANEXOS.....	35

I. MARCO TEÓRICO.

I.1 Diabetes Mellitus

I.1.1 Concepto

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, desde el punto de vista clínico es un grupo heterogéneo de procesos cuya característica común es la hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de la insulina, habitualmente por una progresiva resistencia a la acción periférica de la insulina, con o sin déficit asociado a la secreción, en la DM tipo 2.¹

La DM tipo 2 es un problema de salud pública que ocasiona no solo daño a la salud física si no que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, sobre todo depresión y ansiedad en enfermos crónicos.²

Por lo cual estos padecimientos hacen que el paciente perciba su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.³

I.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud"⁴

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad. También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar. Otra importante labor que lleva a cabo este grupo primario es preparar a los miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto del exterior como del interior y que pueden conllevar a modificaciones funcionales y estructurales.⁴

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar⁵

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.³

Innumerables han sido los esfuerzos para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja desde los albores de la terapia familiar. Existen diversos modelos de terapia familiar y cada uno cuenta con su manera de ver la funcionalidad familiar, de evaluar la disfunción o los síntomas, establecer sus metas terapéuticas y grupos de profesionales que han contribuido a la construcción de los modelos, así como de los instrumentos que pueden aplicarse en cada uno.¹⁶ La escala de calificación de APGAR familiar establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar.⁶

I.3 ESTRÉS

El estrés se define como la reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda, siendo un estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica que prepara para el ataque o huida y es así mismo el comienzo de una serie de enfermedades de las que aun cuando no es una causa directa, contribuye frecuentemente a su desarrollo.⁷

I.3.1 Clasificación:

El eustrés es una respuesta de afrontamiento que permite al organismo adaptarse y sobrevivir, por lo tanto representa un beneficio para quien lo experimenta. Por el contrario el distres se caracteriza por un contenido emocional de experiencias nocivas y el estado emocional resultante provoca un efecto deletéreo en el bienestar individual. Sin embargo otros autores simplemente consideran que el estrés es necesario para afrontar cualquier situación que ponga en riesgo la vida de un individuo, pero que puede llegar a tener un efecto perjudicial si este es constante.⁸

Conforme el estrés va minando la salud paulatinamente se van agregando síntomas de tipo emocional: ansiedad, tensión, enojo depresión, que se asocia a enfermedades endocrinas como la DM⁹

El estrés psicológico, es percibido como un desafío para el bienestar, es acompañado por la liberación de hormonas contra-reguladoras que contrarrestan la acción hipoglucemiante de la insulina con el consiguiente aumento de los niveles de glucosa en sangre.¹⁰

I.3.2 Instrumento de evaluación:

Para su evaluación se utiliza la Escala de Estrés Percibido (EEP) que se diseñó con el propósito de conocer que tan estresantes perciben las personas los eventos de la vida cotidiana. Hay dos versiones disponibles la EEP-14 y la EPP-10, ambas versiones con adecuada consistencia interna y estructural.¹¹

El estrés incontrolado es un factor que precipita la aparición de ansiedad y a la larga ansiedad y depresión.

I.4 ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad. Engloban toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo¹².

Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad se ha estudiado desde dos consideraciones causales: como respuesta emocional y como rasgo de personalidad, como emoción, la ansiedad puede ser entendida como un conjunto de manifestaciones experimentales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, como rasgo de personalidad, esta se estudia a partir de las diferencias individuales con la propensión a sentir o manifestar estados o reacciones de ansiedad¹³.

En 1966 Spielberger define al estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprehensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo, en aquellas situaciones que fueron percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, que suscitaría estados de ansiedad¹². El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), define como crisis de angustia la aparición temporal y aislada o malestares intensos acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control; miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones^{13,14}.

El instrumento para la evaluación de la intensidad sintomática de la ansiedad es la Escala para la ansiedad de Hamilton¹⁵

I.5 DEPRESION

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. De acuerdo con el DSM-IV, la depresión se caracteriza por la pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en la esfera psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo y la pérdida de interés.¹⁶

La depresión es el trastorno afectivo más frecuentemente en la población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la OMS, considera que para el año 2020, la depresión mayor unipolar, será la

segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial. La depresión genera considerablemente sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento y control, es que frecuentemente pasa inadvertida².

La depresión se asocia con importantes alteraciones fisiopatológicas que pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad para presentar complicaciones que los no deprimidos en la DM tipo 2, aunque los mecanismos subyacentes son poco conocidos a pesar de un intenso escrutinio, la depresión se asocia con anomalías en las vías metabólicas más importantes como: el aumento de la liberación y acción de las hormonas contra-reguladoras, alteraciones en el transporte de la glucosa y aumento en la activación de mediadores inflamatorios, estas anomalías podrían contribuir a la resistencia a la insulina y a la disfunción de las células beta-pancreáticas.¹⁰

Las variaciones en las cifras de ocurrencia de depresión en México pueden ser debidas al instrumento utilizado para medirlas, ya que existen diversas escalas las cuales presentan en su validación cifras aceptables un poco mayor de 70% tanto de validez como de confiabilidad. De los inventarios que evalúan psicopatología, el más conocido es el inventario multifásico de la personalidad, que agrupa algo más de 500 reactivos evaluando además de depresión otras alteraciones mentales. Otros instrumentos utilizados son: la escala de depresión de Goldberg, la escala de Zung, el inventario de Beck, la escala de Hamilton, escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), la escala geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage y el Children's Depression Scale¹⁶.

I.6 MARCO CONTEXTUAL.

La DM tipo 2 es uno de los principales problemas de salud a nivel Mundial, pero aún mayor en los países en vías de desarrollo como en México. En el año 2000 se estimaba que el total de pacientes con DM tipo 2 en el mundo era de aproximadamente 160 millones, de los cuales, 40 millones pertenecían a países desarrollados y 120 millones a países en vías de desarrollo. El problema mayor que se ha observado en la última década del siglo fue la duplicación del número de casos en ambos grupos de poblaciones.¹⁷

Las previsiones de la OMS para el año 2030 son de 366 millones de Diabéticos en todo el mundo¹.

En los últimos 40 años la población mexicana tiende a pasar de ser un país de gente joven, a un país con una mayor proporción de adultos y población de la tercera edad. Se espera que la población adulta (de 20 a 64 años de edad) pase de 62 millones de habitantes en el año 2010 a 98.8 millones en el año 2030. Mientras la población mayor de 65 años pasara de 5.4 millones en el 2010, a 14.3 millones en el año 2030.^{17,18}

En los próximos 25 años se espera un aumento muy importante de diabetes en la población mayor de 20 años, sobre todo en los países subdesarrollados en donde el envejecimiento y la transición epidemiológica juegan un papel muy

importante. Para el 2025 la población adulta aumentara a nivel mundial en 64% con respecto a los años anteriores y el número de pacientes aumentara de 135 a 300 millones, es decir un aumento general de 122%¹⁷

El aumento de la población adulta repercutirá en una mayor prevalencia de la DM tipo 2 y otras enfermedades crónicas degenerativas que no conducen a la muerte inmediata pero que son grandes consumidoras de servicios de salud con el consecuente impacto financiero.¹⁷

La DM tipo 2 representa aproximadamente el 90-95% de los individuos con diabetes. Se estima que el 80% de la DM tipo 2 puede ser atribuible al efecto combinado de la inactividad y el sobrepeso/obesidad.¹⁹

Hasta el momento no se encuentran estadísticas acerca de estrés a nivel mundial y nacional.

En América Latina del 14-18% de población general padece de ansiedad y o depresión clínicamente significativas¹³.

La comorbilidad que existe entre un trastorno de ansiedad y una depresión mayor se estima que es del 85%, en los pacientes con depresión el 58% tiene el diagnóstico de un trastorno de ansiedad durante su vida, la combinación más común es el trastorno de ansiedad generalizada y depresión con una prevalencia de 60 a 90%.²⁰

La frecuencia de la depresión oscila entre 6-15% para la población en general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12%. Las cifras de prevalencia en México presentan un patrón más elevado de acuerdo al grupo etáreo evaluado, por ejemplo, en niños en etapa escolar ha sido reportada hasta en 36%, lo mismo sucede en ancianos, en quienes se presentan cifras similares¹⁰. Existe una mayor depresión en mujeres 10%, que en hombres 6%. Esta prevalencia entre los pacientes con DM tipo 2 es más elevada que en la población general, oscilando del 30% al 65%, se ha demostrado que un 27% de personas con DM, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras².

I.7 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

I.7.1 Panorama mundial.

En la Unión Europea Roura Z., et al. En 2009, realizaron un estudio Ansiedad y Depresión en pacientes con DM Tipo 2 en función del sexo y el Índice de Masa Corporal (IMC). Se realizó un estudio Transversal con 310 personas, utilizando el cuestionario HADS para ansiedad y depresión concluyendo que la aparición de síntomas de ansiedad y depresión estaba fuertemente relacionada con el sexo y con el IMC. Los resultados del presente estudio mostró que el sexo está muy relacionado con la aparición de síntomas de ansiedad y

depresión, pues en la mujer parece tener tres veces el porcentaje de ansiedad (62%) en comparación con los hombres (21.5%), además hay una preponderancia de evidencia que apunta que en las mujeres la sintomatología depresiva tiene un porcentaje que se duplica de un 41.2 en comparación con los hombres que es de 17.8%, así como pacientes con un IMC mayor de 35 mostraban síntomas de ansiedad un 52.5% y de depresión 35.4% en comparación con los que tenían un IMC menor Este estudio solo analizo algunos factores de riesgo y no reporta cuales fueron sus criterios de inclusión y exclusión.²¹

En EUA. Thomas J. et al. En 2003 en la Clínica Mayo, realizo un estudio transversal, descriptivo y comparativo de la prevalencia de la depresión y trastornos de ansiedad en adultos de bajos ingresos con DM tipo 2 y otras enfermedades crónicas, teniendo como objetivo determinar si la DM tipo 2 contribuye a la presencia de depresión y los trastornos de ansiedad concomitante a hipertensión, asma y/o artritis, se utilizo el cuestionario DIS-IV. El estudio fue realizado en una población de 326 pacientes durante 12 meses, concluyendo que en pacientes con DM tipo 2 la aparición de depresión y ansiedad era del 36% en pacientes diabéticos en comparación con otras enfermedades crónicas que fue de 24%. Este estudio no se realiza solamente en pacientes diabéticos, teniendo criterios de selección muy abiertos. No se reporta una correlación de las variables estudiadas pues se reportan 64 pacientes de un total de 104 que no reportan trastornos del estado de ánimo.²²

I.7.2 Panorama Nacional.

En México Fabián M, y col. En 2010. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con DM tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Se realizó un estudio de tipo transversal en 741 pacientes que acudieron a la caminata anual del paciente diabético, se empleó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas para evaluar ansiedad y depresión. Se obtuvieron los siguientes resultados: una prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 8% y depresión de 24.7% y de síntomas de ansiedad y depresión 5.4% que dependía del tipo de tratamiento utilizado, principalmente con el tratamiento de medicina tradicional. El diagnostico de depresión y ansiedad se realizo con preguntas abiertas sin utilizar una escala estandarizada para su diagnostico, refiriendo que no contaban con el tiempo necesario para su realización.²³

En Tamaulipas, México Zavala-Rodríguez, M, y col. En 2009 realizaron un estudio sobre funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, fue tipo transversal utilizando la Escala Modificada de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedemann (EEFF) y la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger. Se incluyeron 97 pacientes adultos, de los cuales 56% fueron pacientes con DM tipo 2 sin complicaciones y de larga evolución (5 años). Se encontró que el 91.8% de los pacientes padecía Ansiedad moderada y el 90.7% eran funcionales. Se llegó a la conclusión de que no había correlación significativa entre las dos variables centrales del estudio, que eran funcionalidad familiar y ansiedad, debido a que se encontró

funcionalidad familiar adecuada.²⁴ En este estudio hubo poca población estudiada y no se estudio solo a pacientes con DM tipo 2.

En México, Ascencio-Huertas L. en 2007, realizó un estudio de tipo retrospectivo, para determinar la asociación entre los trastornos de ansiedad y las enfermedades medicas, en el servicio de psicología del Hospital Juárez de México, con una muestra de 22 pacientes en un inicio, posteriormente se eliminaron 4 pacientes por no cumplir con los criterios diagnósticos, los restantes fueron evaluados a través de entrevistas psicológicas, con una asistencia mínima de 4 veces por mes a la consulta y que recibieran solamente el modelo de terapia cognitivo conductual, se utilizo el inventario de ansiedad de Beck. Encontrando una asociación muy frecuente entre el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de Depresión mayor 33.3% (5 pacientes), siendo el género femenino el de mayor prevalencia pues el 87% de la población total era de este género (13pacientes), y entre un rango de edad de 35 a 54 años (66%).⁹ El presente estudio se expone para evidenciar la asociación entre dos patologías que se pretenden estudiar, aunque este estudio no cuenta con población suficiente que le da una validez y consistencia adecuada.

En 2007, Lazcano y cols en Monterrey, Nuevo León, México, realizaron un estudio con el objetivo de conocer cómo influye el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con DM tipo 2, el estudio fue descriptivo correlacional, en una población de 200 personas con DM tipo 2 con un año de diagnóstico en adelante, a partir de 20 años de edad, utilizando los siguientes instrumentos diagnósticos: EEP, Escala de afrontamiento y adaptación, Escala de adaptación psicosocial y enfermedades crónicas. Se realizaron mediciones antropométricas, así como paraclínicos, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada, donde no se reportan cambios con respecto al estrés percibido, así como el 38% de los pacientes reporta estrés. El estrés percibido tuvo un efecto negativo sobre la adaptación psicosocial en los pacientes con DM tipo 2, correlacionándolo con que puede influir en las relaciones laborales, familiares, sexuales, sociales entre otras.²⁵El presente estudio solamente valora la relación entre estrés y DM tipo 2 pero no relaciona las demás variables consideradas en el presente estudio a realizar.

En Quintana Roo, México, LÓPEZ M. en 2005 se llevo a cabo un estudio de tipo descriptivo en 75 familias con el propósito de identificar la percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores con DM tipo 2, se aplicó la escala de EFF de Friedemann. El 75.7% percibe a su familia con disfuncionalidad familiar; se encontró una relación significativa con respecto al sexo y una asociación negativa de la edad con el proceso del mantenimiento del sistema. Se concluyó que la DM altera el funcionamiento de la familia (39%).²⁶

I.7.3 Panorama IMSS.

En Guadalajara, Jalisco, México, Colunga y cols, realizaron un estudio en la UMF no. 93 perteneciente al IMSS, con el objetivo de describir las características psicosociales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, se

realizo un estudio transversal con 200 personas, donde se evaluó autoestima, estrés, depresión y locus de control, se utilizaron los siguientes instrumentos evaluativos, la escala de Seppo Aro para estrés, Escala de Zung para depresión y escala de locus de control, obteniéndose los siguientes resultados: mayoría mujeres, con un grado de estrés alto en el 26% de los casos, depresión severa en el 27% , locus externo de 41%.² El presente artículo no realiza una comparación con ansiedad, así como no realiza la valoración de la funcionalidad familiar.

En Guadalajara, México, Colunga-Rodríguez C, y cols., en 2005 realizaron un estudio con el fin de determinar la prevalencia de depresión y comparar los indicadores sociodemográficos, metabólicos y clínicos en personas con DM tipo 2 deprimidas y no deprimidas; el estudio fue de tipo transversal comparativo, se estudiaron a 450 personas con DM tipo 2, aplicando la Escala de Zung modificada por Calderón y una encuesta socio demográfica, así como la evaluación de la hemoglobina glucosilada, índice de masa corporal, tensión arterial y glucemia en ayuno. Encontrando que la prevalencia de depresión fue de 63%, en una proporción de 3:1 mayor en mujeres que en hombres, y prevaleciendo mayormente si contaban con variables clínico-metabólicas como mas evolución diagnostica (11.5%) y mayor Índice de Masa Corporal (29.3%)²⁷ El presente estudio es un estudio completo con validez, pero no evalúa la asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar, por lo cual es útil de referencia.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación

La DM tipo 2 es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, pero aun mayor en los países en vías de desarrollo como en México. En los últimos 40 años la población mexicana tiende a pasar de ser un país de gente joven, a un país con mayor proporción de adultos y población de la tercera edad. Este aumento de la población adulta repercutirá en una mayor prevalencia de la DM tipo 2 y otras enfermedades crónicas degenerativas que no conducen a la muerte inmediata pero que son grandes consumidoras de servicios de salud con el consecuente impacto financiero.

La DM tipo 2 es un problema de salud pública que ocasiona no solo daño a la salud física, si no que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, sobre todo depresión y ansiedad en enfermos crónicos.

La depresión es el desorden afectivo más frecuentemente en la población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo, presenta una mayor prevalencia en los pacientes con enfermedad crónica, así como se considera que podrá llegar a ser en el 2020 la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial. Así como la mayoría de los pacientes que padecen Depresión resalta el hecho de asociarse a sintomatología de ansiedad en un 58%.

El impacto del estrés, ansiedad y depresión en pacientes con DM es un área de investigación de especial interés, ya que tiene implicaciones para el desarrollo físico, mental y del bienestar social; así mismo, contribuye al bajo autocuidado y adherencia al tratamiento, disminución de la calidad de vida y mayores tasas de morbilidad y mortalidad.

Existen diversos estudios que han evaluado la asociación de DM, ansiedad y depresión pero no han evaluado la importancia de la Funcionalidad Familiar ya que la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad. Ya que el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. No se ha encontrado en la bibliografía estudios aún que hayan evaluado DM tipo 2, estrés, ansiedad, depresión y la repercusión en la funcionalidad familiar, solo se encuentra asociación entre Depresión, ansiedad y DM tipo 2, así como DM tipo 2 y Funcionalidad Familiar, así como estrés y DM tipo 2, pero no se aborda desde este punto de vista.

II.2 Pregunta de Investigación.

- **¿Cuál es la Asociación entre la funcionalidad familiar y la presencia de estrés, ansiedad, depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no.75?**

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

Dentro de la formación en medicina y por consiguiente en medicina Familiar es muy importante el enfoque de formación en Investigación para una mejora en la capacitación de los médicos y para la generación de nuevos conocimientos o de conocimientos que desarrollen o desencadenen nuevos por lo cual es de beneficio la presente investigación así como desencadenara la obtención de grado de Especialista que se busca.

III.2 Científica.

La DM tipo 2, la Depresión y la Ansiedad son problemas de salud pública, sin embargo no han sido estudiados en conjunto, así mismo, la funcionalidad familiar juega un papel importante en el paciente con DM tipo 2 debido a que una familia funcional mejora la adherencia a tratamiento, situación que disminuye complicaciones en estos pacientes. Sin embargo no existe en la literatura estudios que evalúen la asociación entre estos padecimientos y su repercusión familiar.

III.3 Social.

El presente estudio brindará mejor información sobre la magnitud del problema, así mismo nos mostrara como la funcionalidad familiar se ve afectada en pacientes con DM que sufren estrés, ansiedad y depresión. Esto significa que se obtendrá información importante acerca de implementar un diagnóstico psicológico que mejore la calidad de vida del paciente como de su familia.

III.4 Económica.

Por lo anterior se está en condiciones de afirmar que este estudio traerá datos útiles para mejorar el diagnóstico con el fin de implementar estrategias de intervención y tratamiento en este tipo de pacientes para así disminuir los costos en salud que estos problemas generan, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

IV. HIPÓTESIS

En los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar no. 75 existe una fuerte asociación estadística entre su funcionalidad familiar y la presencia de estrés, ansiedad y depresión.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar no. 75

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Funcionalidad familiar

IV.1.2.2 Independientes.

Estrés.

Ansiedad.

Depresión.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En los, existe una fuerte asociación estadística entre su, y la presencia de.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

- Determinar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75 la asociación que existe entre su funcionalidad familiar y la presencia de estrés, ansiedad y depresión.

V.2 Específicos.

- Estimar la prevalencia de estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75
- Estimar la prevalencia de ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75
- Estimar la prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75
- Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75.
- Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75.
- Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75.
- Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75.

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Observacional, prospectivo, transversal, analítico.

VI.2. Diseño del estudio.

Mediante un cuestionario armado de 4 instrumentos validados que constaban de preguntas cerradas tipo Likert y que no ayudan a medir Funcionalidad familiar, estrés, ansiedad y depresión, y un consentimiento informado se procedió a realizar entrevistas a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, esta medición se realizó en una sola ocasión.

Posteriormente se fueron capturando los datos obtenidos para realizar el recuento y análisis estadístico mediante pruebas de asociación en SPSS 19.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Funcionalidad familiar	Es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan	Capacidad de la familia para afrontar los cambios medido mediante el APGAR Familiar.	Cualitativa ordinal	APGAR Familiar. Normofuncional: 7-10 puntos. Disfuncional leve: 3-6 puntos. Disfuncional grave: 0-3 puntos.	53-57
Estrés.	Reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda, siendo un estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica que prepara para el ataque o huida	Reacción del organismo hacia cualquier demanda externa medido mediante la Escala de Estrés percibido 10.	Cualitativa ordinal	EEP-10 Sin estrés: 0 puntos Estrés: 1-40 puntos.	8-17

Ansiedad	Estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprehensión y temor, en aquellas situaciones que fueron percibidas como amenazantes,	Percepción subjetiva ante situaciones amenazantes medida a través del la escala de Hamilton para Ansiedad	Cualitativa Ordinal	Escala de ansiedad de Hamilton Sin ansiedad: 0-5 pts. Ansiedad leve: 6-14 pts. Ansiedad moderada a grave: mayor o igual a 15 pts.	18-31
Depresión	Estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional	Estado de ánimo caracterizado por anhedonia medido mediante el instrumento denominado Inventario de Beck	Cualitativa Ordinal	Inventario de Beck No depresión: 0-9 puntos Depresión leve: 10-18 pts. Depresión moderada: 19-29 pts. Depresión grave: > 30 pts.	32-52

COVARIABLES	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que diferencian a los seres humanos.	Características físicas de los pacientes entrevistados	Cualitativa nominal	1.Masculino 2.Femenino	3
Edad	Tiempo de vida cronometrado a partir del nacimiento	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Cuantitativa discreta	NN	2
Años de evolución	Tiempo que ha transcurrido a partir del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	Años transcurridos desde el diagnóstico médico del entrevistado	Cuantitativa discreta	NN	7

Comorbilidades	Coexistencia temporal de una o más enfermedades diferentes a la enfermedad primaria en el mismo individuo.	Otras Enfermedades reportadas por el paciente	Cualitativa nominal	1. Presencia 2. Ausencia	6
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o su mismo sexo	Vínculo personal referido por el paciente en la ficha de identificación	Cualitativa nominal	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Divorciado (a)	4
Escolaridad	Tiempo durante el que el alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de estudios.	Grado de estudios realizado por el paciente y referido por el.	Cualitativa Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Medio superior completa 7. Medio superior incompleta 8. Licenciatura completa 9. Licenciatura incompleta	5

VI.4 Universo de Trabajo.

Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 derechohabientes del IMSS de la unidad de medicina familiar no. 75

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas con un cálculo de 80.6 pacientes más 20% de pérdidas en un total de 96.72, decidiéndose por conveniencia redondear el número a un total de 100 pacientes como muestra final.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 75
- Con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2
- Que pertenezcan a algún núcleo familiar.
- Cualquier tiempo de evolución de la enfermedad.
- Pacientes de ambos sexos de cualquier edad
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento por escrito.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes que estén siendo tratados por depresión y/o ansiedad.
- Pacientes con complicaciones como: amputación por pie diabético, retinopatía diabética con amaurosis
- Pacientes que se encuentren en duelo

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes que presenten fallecimiento durante el estudio.

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

El instrumento de evaluación consta de una cedula de identificación, así como factores sociodemográficos y los siguientes instrumentos, Escala de estrés percibido (EEP-10), Escala de Hamilton, escala de APGAR y Inventario de Depresión de Beck , en el orden que se menciona, los cuales se describirán a continuación:

❖ EEP-10:

Escala de Estrés Percibido empleándose la adaptación a población mexicana de González y Landero. La escala PSS10 evalúa el grado en que los participantes valoran las situaciones del último mes como impredecibles y fuera de control. Consta de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta que varían de 0 (nunca) a 4 (siempre). Para obtener la puntuación total en el PSS se deben invertir las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (restando el valor del ítem a 4) y sumar los 14 ítems. El rango varía entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido).²⁸

❖ Escala de Hamilton:

Escala de Hamilton Es heteroadministrada, consta de 14 ítems con respuestas tipo likert de 5 valores. El marco de referencia son los últimos días.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad, puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento.

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Chronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).²⁹

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4).²⁹

La Escala de Hamilton para Ansiedad es una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos.³⁰

❖ **APGAR familiar.**

Publicado por Smilkstein en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para su uso diario en el consultorio del médico de familia.³¹

El APGAR familiar se elaboro con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, efectividad y resolución, este instrumento consta de 5 reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de 0 a 2.³²

El APGAR familiar tiene una consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest.³²

El APGAR Familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar³²

❖ **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.³³

Fiabilidad: cuenta con una buena consistencia interna (alfa de Chronbach 0.76-0.95) la fiabilidad test oscila alrededor de $r=0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. Su validez predictiva como instrumento diagnostico de cribado recientemente estudiada muestra una sensibilidad del 100%, especificidad del 99%, valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo de 1.³³

El Inventario de Beck, el cual es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4

alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.³³

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Las escalas antes mencionadas ya han sido previamente validadas, por lo cual se omite ese paso en este estudio.³³

VI.5.2 Validación.

El presente estudio utilizó diversas escalas validadas en español y que sus niveles de validez tanto interna como externa se explicitan en cada una de las descripciones que corresponde a cada una de ellas.

VI.5.3 Aplicación.

Se realizó la aplicación con pleno consentimiento informado a los encuestados que cumplieran con cada uno de los criterios antes mencionados dentro de la unidad de medicina familiar así como dentro de sus 29 consultorios que se encuentran en funcionamiento en el turno matutino.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Acudí a ARIMAC a solicitar un censo nominal de pacientes con DM tipo 2 posterior a esto se realizó una revisión de pacientes para valorar el día de su cita posteriormente se acudió con la Asistente Médico de cada consultorio para verificar si acudieron pacientes, y se verifican con las características descritas anteriormente, ya con el paciente se le solicitó consentimiento de manera verbal y por escrito donde se le explicó de que consistía el estudio realizándole la entrevista y aplicación de varios instrumentos, durante aproximadamente una hora, se dieron las gracias por el tiempo otorgado y así diariamente hasta completar el total de la muestra, diariamente se vaciaron en el Programa SPSS versión 19 para su posterior análisis estadístico, presentación de resultados y realización de conclusiones.

VI.7 Límite de espacio.

Unidad de Medicina Familiar no. 75 Nezahualcóyotl, Estado de México.

VI.8 Límite de tiempo.

Marzo de 2011 a Noviembre de 2012

VI.9 Diseño de análisis.

Análisis Univariado.

Se utilizaron frecuencias simples para describir las variables cualitativas nominales, medidas de tendencia central y de dispersión para describir las variables cuantitativas. La presentación de resultados se realizó con cuadros (distribución de frecuencias) y gráficas (barras).

Análisis Bivariado.

Se realizó mediante pruebas de asociación estadística para variables cualitativas, R de Spearman y correlaciones de Pearson, obtenidas mediante el programa estadístico SPSS versión 19

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

En la elaboración de este proyecto se consideraron las normas éticas internacionales en materia de investigación, estipuladas en el Código de Núremberg, informe de Belmont, Código de Helsinki. Así como la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y normas e instructivos para la investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Considerando de manera específica los siguientes principios éticos básicos:

Respeto por las personas. En este estudio se respetara la autonomía de cada uno de los participantes, ya que solicitara su participación de manera voluntaria, con información clara y adecuada acerca de los objetivos de la investigación. Así mismo se guardara la confidencialidad de la información.

Beneficencia: Los participantes que resulten con alteraciones psicológicas serán enviados con su médico familiar a fin de recibir atención específica.

Justicia: La selección de participantes se realizará en razón directa con el problema en estudio. Sin distinción ó favoritismos por algunos de los participantes.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; esta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito (ver anexo II).

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C Patricia Esquivel Hernández

Director de tesis: E.M.F Oscar Donovan Casas Patiño.

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los pacientes que presentaron estrés, ansiedad y depresión aunadas como una triada fueron un total de 39% de los cuales 15 de los encuestados (38%) presentaban Normofuncionalidad familiar, 18 encuestados (46%) con disfunción leve y 6 (15%) con disfunción grave, resultando que el 61% de los pacientes con las tres patologías percibían una disfuncionalidad familiar, así como los que solo presentaban estrés sin ninguna otra patología fueron un total de 35% de los cuales el 88%(31) de estos tienen una normofuncionalidad, mientras que el 12.5%(4) presentaban Disfunción leve, se encontró que solamente el 3% de los encuestados presentaban ansiedad sin otra patología concomitante y de estos el 33%(1) se percibía como normofuncional y el 66%(2) con disfunción leve, no se encontró a ningún encuestado que solo presentara depresión de forma aislada. *(Cuadro y Grafico 1)*

Al realizarse la asociación mediante la R de Spearman y la correlación de Pearson entre Funcionalidad Familiar y Estrés no se encuentra una asociación significativa, lo contrario para Funcionalidad Familiar, Ansiedad y Depresión donde se encuentra una asociación significativa con una R de Spearman con valor de 0.578, Correlación de Pearson con valor de 0.645 para depresión y una R de Spearman con valor de 0.410, Correlación de Pearson con valor de 0.439 para ansiedad.

La prevalencia medida con la Escala de Estrés Percibido 10, fue del 95% y solo 5% de los pacientes se refirieron sin estrés. *(Cuadro y Grafico 2)*

Se reporta una prevalencia medida con la escala de Hamilton para ansiedad; leve de 39%, seguida de 37% sin ansiedad y un 24% con ansiedad moderada a grave. *(Cuadro y Grafico 3)*

Se reporta una prevalencia de un 58% que reportan no depresión, 22% depresión leve, 16% con depresión moderada y solamente 4% con depresión grave, medido con la escala de Beck. *(Cuadro y Grafico 4)*

Respecto a la funcionalidad familiar el 66% de las personas entrevistadas cuentan con una funcionalidad familiar del tipo normofuncional, el 26% se percibían con disfunción leve y el 8% con una disfuncionalidad grave. *(Cuadro y Grafico 5)*

Con respecto a la asociación de la funcionalidad familiar con el estrés se encuentran los siguientes resultados, con normofuncionalidad 64, disfuncional leve 24 disfuncional grave 7 dando un total de 95 % *(Cuadro y Grafico 6)*

En la funcionalidad familiar y su asociación con la ansiedad en su forma de ansiedad leve con normofuncional son 22, con disfunción leve son 16, con disfunción grave fue 1 en un total de 39%, con ansiedad moderada en la normofuncionalidad son 11%, con ansiedad leve son 6% y con ansiedad grave 7% y en total son 24%. *(Cuadro y Grafico 7)*

Con respecto a la funcionalidad familiar y Depresión en su forma de Depresión leve y disfunción leve 10, en la forma de Disfunción moderada y disfunción familiar leve 9, y disfunción familiar grave 3, y con Depresión moderada y Disfuncionalidad grave en total 4. (*Cuadro y Gráfico 8*)

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

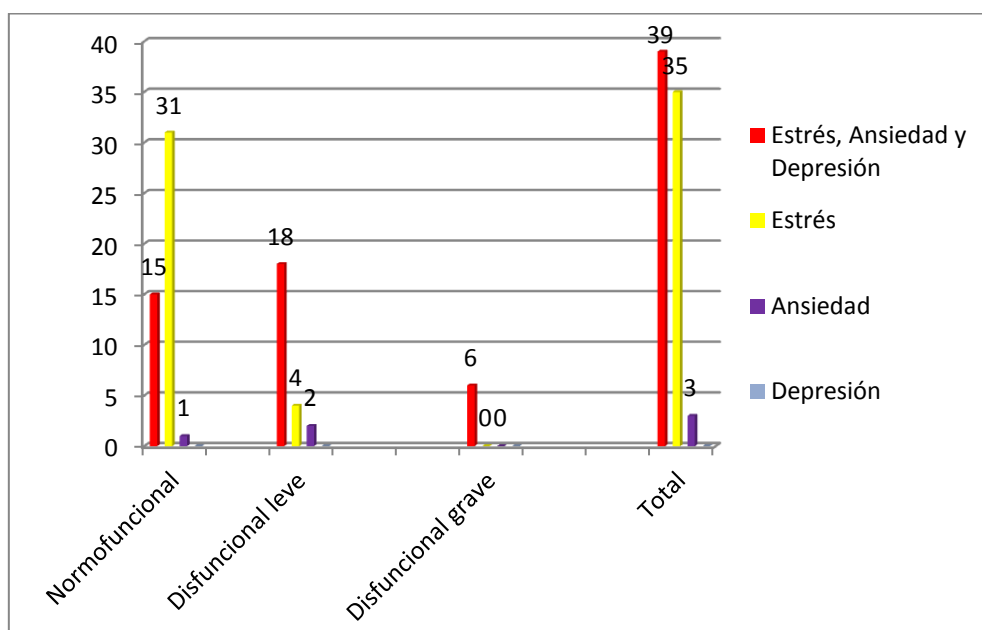
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Enfermedades psicosomaticas Funcionalidad familiar	Estrés, Ansiedad y Depresión		Estrés		Ansiedad		Depresión	
		%		%		%		%
Normofuncional	15	38	31	88	1	33	0	0
Disfuncional leve	18	46	4	11	2	66	0	0
Disfuncional grave	6	15	0	0	0	0	0	0
Total	39	39	35	35	3	3	0	0

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS
NOTA ACLARATORIA: %= PORCENTAJE

GRAFICO I

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO I

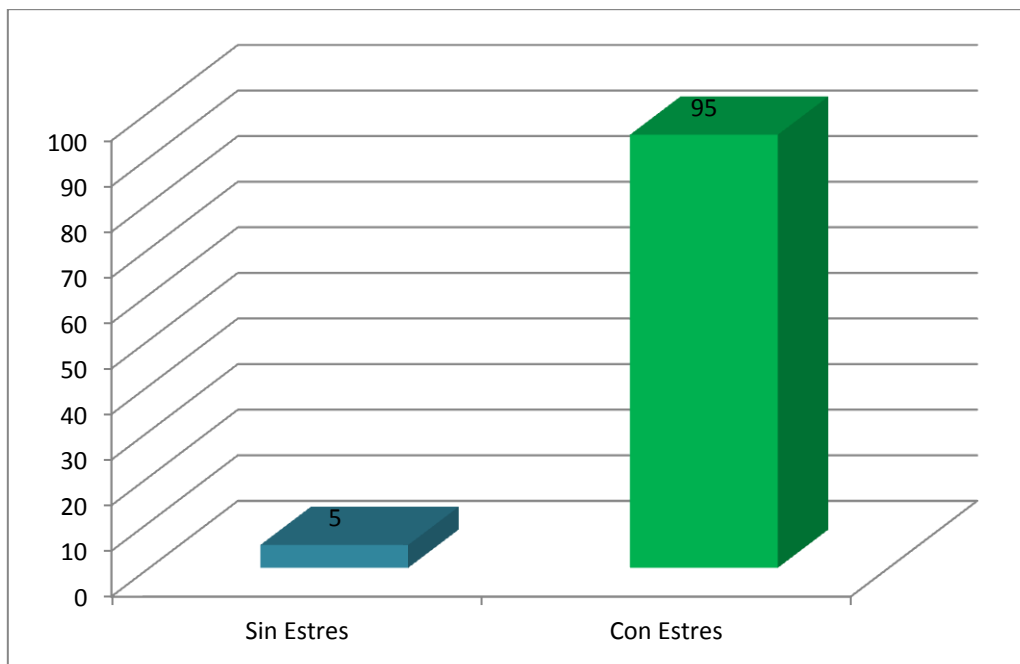
CUADRO 2

PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Estrés	Frecuencia	%
Sin Estrés	5	5
Con Estrés	95	95
Total	100	100

FUENTE. CONCENTRADO DE DATOS
NOTA ACLARATORIA: %=PORCENTAJE

GRÁFICO II PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO 3

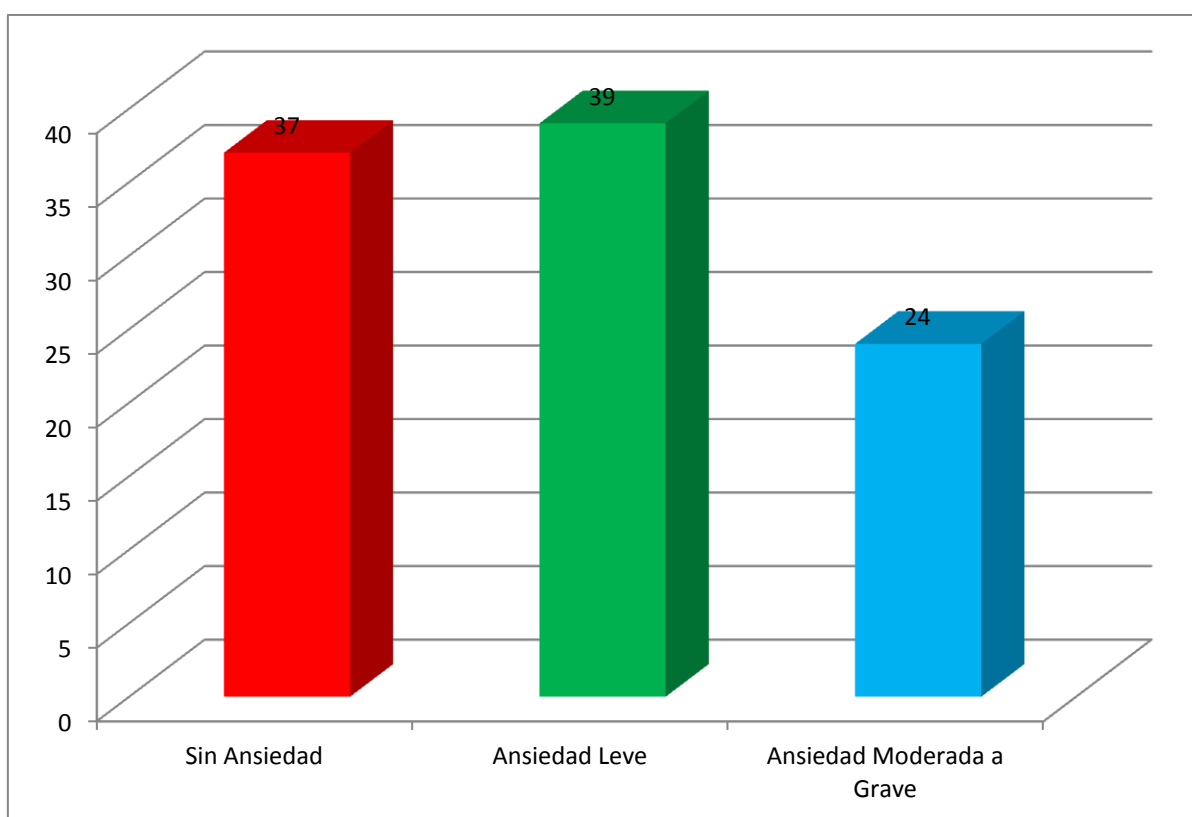
PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Ansiedad	Frecuencia	%
Sin Ansiedad	37	37
Ansiedad leve	39	39
Ansiedad moderada a Grave	24	24
Total	100	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS
NOTA ACLARATORIA: %= PORCENTAJE

GRÁFICO III

PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 3

CUADRO 4

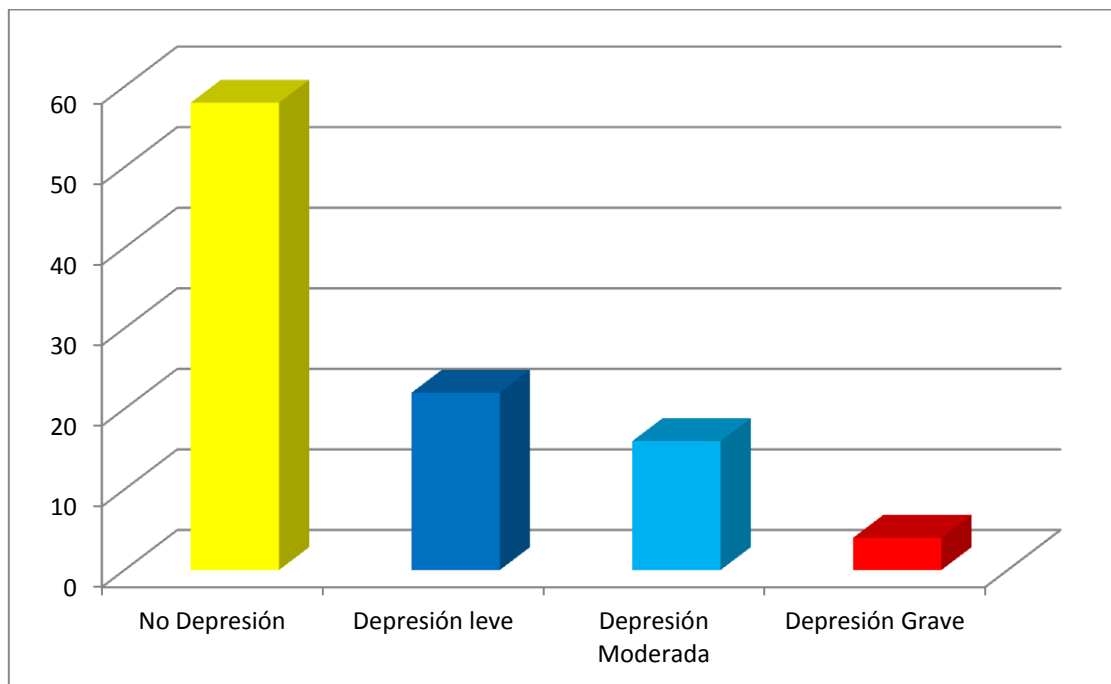
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Depresión	Frecuencia	%
No Depresión	58	58
Depresión leve	22	22
Depresión Moderada	16	16
Depresión Grave	4	4
Total	100	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS
NOTA ACLARATORIA: %=PORCENTAJE

GRAFICO IV

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 4

CUADRO 5

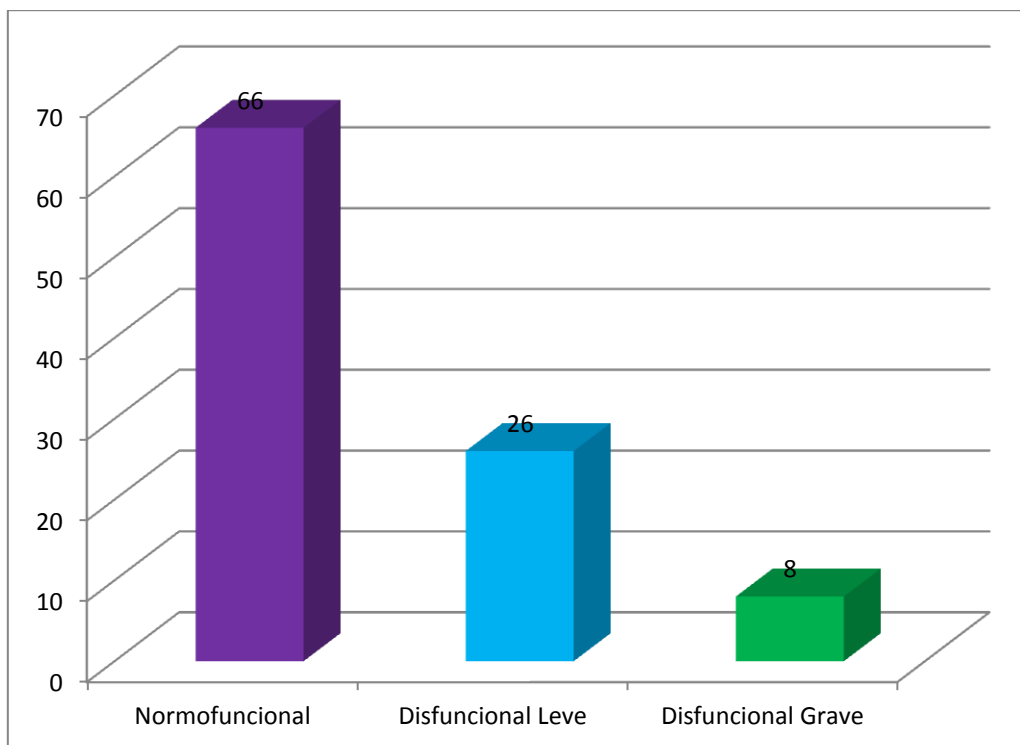
FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Funcionalidad familiar	Frecuencia	%
Normofuncional	66	66
Disfuncional leve	26	26
Disfuncional grave	8	8
Total	100	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS.
NOTA ACLARATORIA: %=PORCENTAJE

GRAFICO V

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 5

CUADRO 6

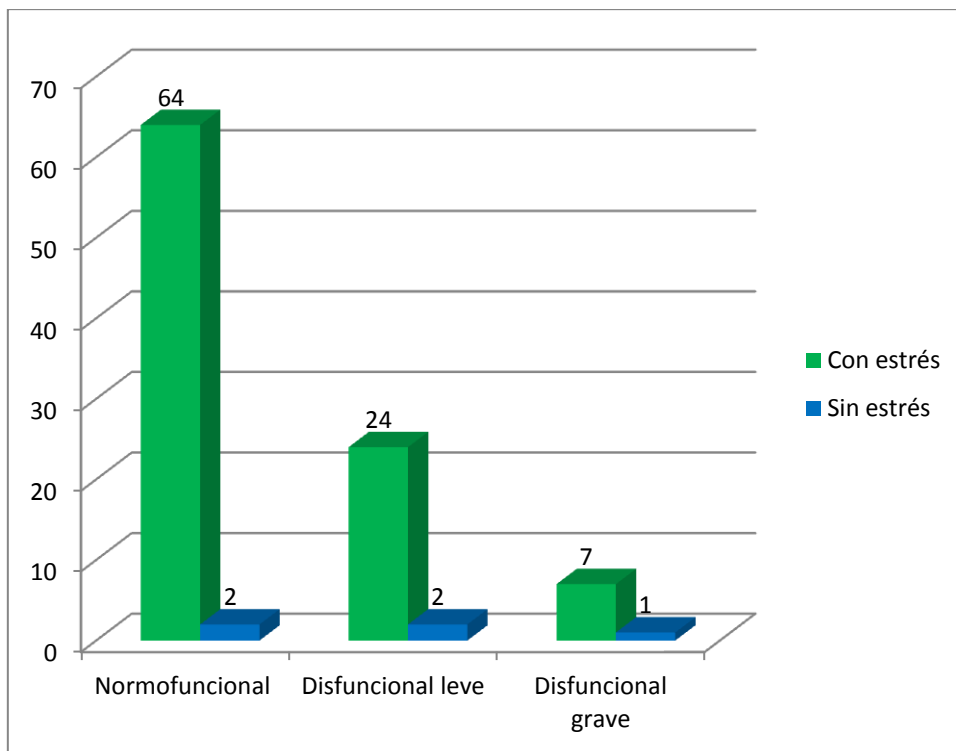
ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRÉS EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Estrés	Con estrés	%	Sin estrés	%	Total	%
Funcionalidad familiar						
Normofuncional	64	64	2	2	66	66
Disfuncional leve	24	24	2	2	26	26
Disfuncional Grave	7	7	1	1	8	8
Total	95	95	5	5	100	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS
 NOTA ACLARATORIA: %=PORCENTAJE

GRAFICO VI

ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRÉS EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 6

CUADRO 7

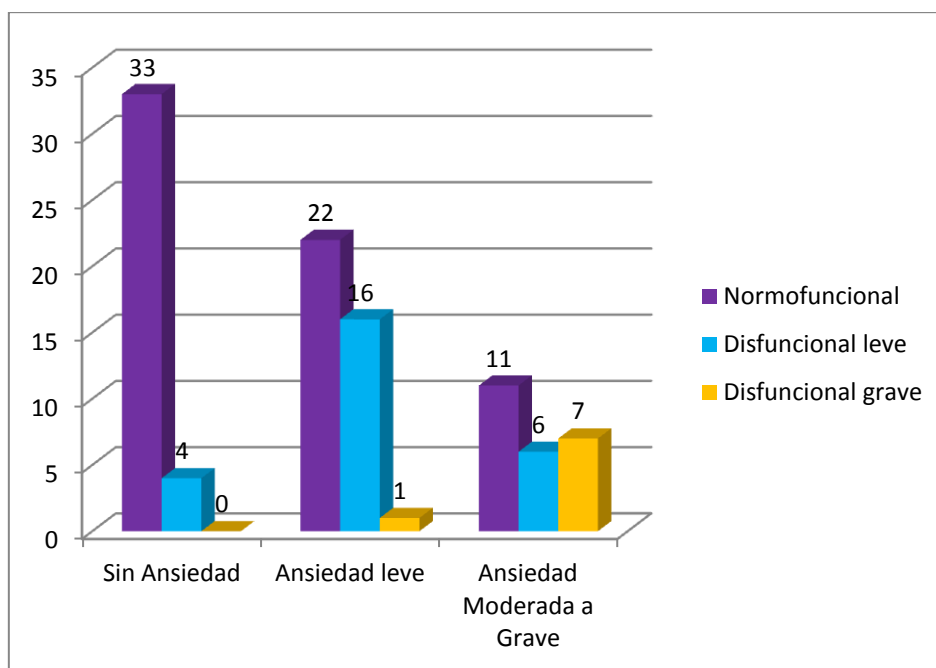
ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Funcionalidad familiar	Ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad moderada a grave		Total	%
	Sin ansiedad	%		%		%		
Normofuncional	33	33	22	22	11	11	66	66
Disfuncional leve	4	4	16	16	6	6	26	26
Disfuncional Grave	0	0	1	1	7	7	8	8
Total	37	37	39	39	24	24	100	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS
 NOTA ACLARATORIA: %=PORCENTAJE

GRAFICO VII

ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 7

CUADRO 8

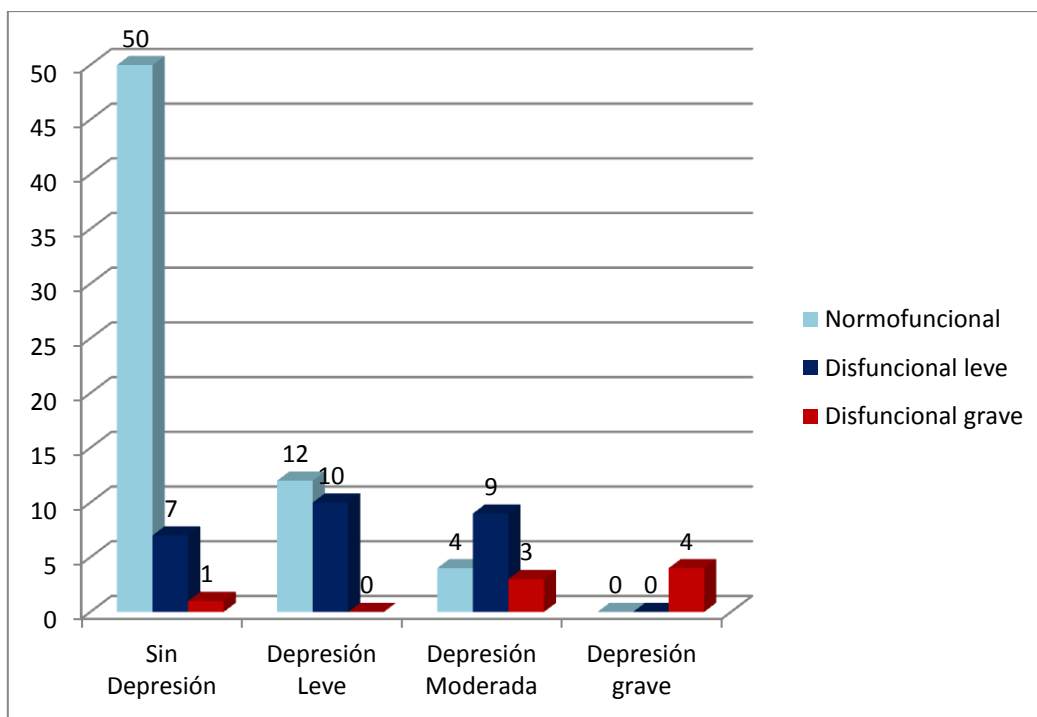
ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

Depresión / Funcionalidad familiar	Sin Depresión	%	Depresión leve	%	Depresión moderada	%	Depresión grave	%	Total
Normofuncional	50	50	12	12	4	4	0	0	66
Disfuncional leve	7	7	10	10	9	9	0	0	26
Disfuncional grave	1	1	0	0	3	3	4	4	8
Total	58	58	22	22	16	16	4	4	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS
 NOTA ACLARATORIA: %=PORCENTAJE

GRAFICO VIII

ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FUENTE: CUADRO 8

XI.- CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos se encuentra que no existe una asociación significativa entre el estrés y la funcionalidad familiar sin embargo entre ansiedad, depresión y funcionalidad familiar si la hay aunque no se satisface por completo lo planteado en la hipótesis puede concluir principalmente que el estrés probablemente sea un factor protector para evitar desarrollar consecuentemente ansiedad y depresión y que los pacientes con DM tipo 2 al presentarlo tienen una mayor capacidad de cuidar su salud mental.

Aunque de forma alta estas tres patologías se aúnan y en algunas bibliografías se encuentran datos de una probable triada lo cual nos llevaría a que se continuara el presente estudio no solo en pacientes con alguna patología crónica si no en pacientes que no la presentan.

Por lo cual, Independientemente de que la DM tipo 2 continúa siendo un serio problema de salud pública, toda vez que su magnitud y trascendencia así lo indican, los resultados de la presente investigación permiten indagar otra serie de factores sumamente inherentes al proceso patológico evolutivo que implican las enfermedades crónico degenerativos: Estrés, Depresión y Ansiedad, las cuales conllevan a Disfunción Familiar en el seno de cada familia a la que pertenece el paciente portador de la DM tipo 2.

Los resultados señalan que 26% de las familias de las diabéticos presentaron disfunción familiar leve, en tanto que 8% desarrollaron disfunción grave, juntos constituyen un 34% de la muestra. De aquí se deriva que las consecuencias que emergen de un deficiente cuidado a nivel personal, familiar o profesional, quedan manifestadas por la dinámica interna de interacciones entre los integrantes de la familia en cuestión. 95% de la muestra manifestaron presencia de estrés en su vida, 22% depresión y 39% ansiedad. Esta Triada, cabe comentar, si bien se presenta con mucha frecuencia no sólo en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, no ha sido estudiada plenamente en otros contextos. Los resultados solo ponen de manifiesta una parte del iceberg de tal magnitud que significa dicha alteración. Existe un reto prioritario por diagnosticar esta triada en todos los pacientes que enfrentan procesos patológicos en forma crónica, pero que hay de aquellos en quienes se integra uno de ellos solamente: pacientes con depresión que son identificados en consulta externa y que sin embargo no son oportunamente canalizados a interconsulta con psicología clínica y/o psiquiatría, y más aún, aquellos en quienes no se estudia su tipología, su estructura familiar, su funcionalidad, en una palabra, su estudio de familia. El médico de primer nivel de atención debe mejorar sus procesos de atención en pacientes con éste tipo de problemas. Existe la conciencia de que la sobredemanda de atención a los médicos de familia es muy elevada, no obstante, aquellos años de formación en tópicos relacionados con el manejo de familia quedan bajo la curva del olvido, toda vez que los programas de atención se convierten en mejoras en la salud y la prevención, no en la rehabilitación familiar.

XII.- RECOMENDACIONES

*Promover el diagnóstico por parte del médico familiar hacia las patologías psicoafectivas que se encuentran presentes, pero que son poco diagnosticadas y que afectan el apego a tratamiento y seguimiento médico por lo cual aumentan el costo a la salud para el paciente y la Institución.

*Promover la creación de Centros de Apoyo psicológico dentro de la misma Unidad de primer nivel de atención, donde sea una atención personalizada y ofrecida por especialistas en Ciencias de la conducta.

*Gestionar una política en salud desde el primer nivel de atención referente a las patologías psicoafectivas en el sentido de acentuar la importancia de estas patologías en el individuo que al final repercute en la conformación de la sociedad, esta política estaría destinada en reducir desde los factores de determinación social esta carga de patologías psicoafectivas.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz M, Escolar A, Mayoral E, Corral F, Fernández I. La Diabetes Mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit.*2006;20(Supl 1):15-24
2. Colunga C, García J, Salazar J, Ángel M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México.2005. *Rev. Salud pública.* 10(1):137-149,2008
3. Méndez E, Gómez V, García M, Pérez J, Navarrete A. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004;42 (4): 281-284
4. Ortiz M, Louro I, Jiménez L, Silva L. La salud Familiar. Caracterización en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(3):303-9
5. García G, Landeros E, Arriola G, Pérez A. Funcionalidad Familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007;15 (1):21-26
6. Gómez F, Ponce E. Una Nueva Propuesta para la Interpretación de Family Apgar (versión en español). *ATEN FAM* 2010; 17(4).
7. Maruris M, Cortes P, Gomez L Godinez F. Niveles de Estrés en una Poblacion del Sur de Mexico. *Psicología y Salud.* 2011, Vol. 21, Num 2: 239-244
8. Molina T, Gutierrez A, Hernandez L, Contreras C, Estrés Psicosocial: Algunos Aspectos Clínicos y Experimentales. *Anales de Psicología.* 2008. Vol 24 No. 2 (Diciembre): 353-360.
9. Padilla S, Quintero M, Velázquez E, Genero y Salud, Visiones multireferenciales. La mujer en el estrés, la ansiedad y la depresión. Una triada de hoy ¿se puede vivir en armonía con estrés, ansiedad y depresión? Pag 111-140 primera edición universidad autónoma del estado de México. México 2012.
10. Musselman D, Betan E, Larsen H, Phillips L. Relationship of depression to diabetes types 1 y 2: epidemiology biology and treatment. *BIOL PSYCHIATRY* 2003; 54:317-329
11. Gonzalez M, Landero R. Factor Structure of the Percived Stres Scale (PSS) in Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology* 2007, vol 10 no. 1:199-206.
12. Puchol D. Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *Revista Psicología Científica.com,* 2003. 5(12). Disponible en:<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-110-1los-trastornos-de-ansiedad-la-epidemia-silenciosa-del-siglo-html>.
13. Ascencio L. Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica. *Rev Hosp Jua Mex* 2007;74(2):81-92
14. Zavala M, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar Espiritual y Ansiedad en Pacientes Diabéticos. *Aquichan,* 2006;vol. 6:8-21
15. Martínez S, Sáiz P, García P. Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *JANO EXTRA DE OCTUBRE DE 2008.* NO.1.714. PP 9-14
16. Bautista A, Rodríguez R, Rodríguez L. Epidemiología de la Depresión en México. *Vigilancia Epidemiológica.* 2001; vol. 18:1-3
17. Vázquez J, Panduro A. Diabetes Mellitus tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México. *Investigación en Salud,* 2001;vol.III:18-26

18. Documento 2005 de Consenso sobre Pautas de manejo del paciente Diabético. Abordaje Diagnóstico. *Av Diabetol.*2005;21:11-19
19. CONAPO. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. *Consejo Nacional de Población.* 2006:22-23
20. DeVane C, Chiao E, Franklin M, Kruep E. Anxiety Disorders in the 21st Century: Status, Challenges, Opportunities, and Comorbidity With Depression. *The American Journal of Managed Care.* Vol. 11. No.12. sup: 344-353
21. Roupá Z, Koulori A, Sotiropoulou P, Makrinika E, Marneras X, Lahana I, et al. Anxiety and Depression in patients with Type 2 Diabetes Mellitus, depending on sex and body mass index. *HSJ- Health Science Journal.* Volume 3, Issue 1 2009: 32-39.
22. Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P. A Descriptive and Comparative Study of the Prevalence of Depressive and Anxiety Disorders in Low-Income Adults with Type 2 Diabetes and Other Chronic Illnesses. *Diabetes Care,* volume 26, number 8, august 2003:2311-2317.
23. Fabian M, Garcia M, Cobo C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Med Inte Mex* 2010;26(2)100-108.
24. Zavala M, Ríos M, García G, Rodríguez C. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan,* vol. 9, num 3, 2009: 257-270.
25. Lazcano M, Salazar B. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan,* 2007 abril:7(1);77-84.
26. López M. Percepción de la funcionalidad familiar en el paciente con diabetes mellitus 2. (Tesis de maestría no publicada). Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México;2005. Pp.37-41.
27. Colunga C, García JE, Ángel M, Salazar JG. Caracterización psicosocial de pacientes con Diabetes tipo 2 en atención primaria. *Rev Cubana Salud Pública* vol. 34 no. 4 oct-dic 2008.
28. Moral J, González M, Landero R. Estrés Percibido, Ira y Burnout en Amas de casa Mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud.* 2011,2 (2):123-143.
29. Hamilton M, The assessment of anxiety states. *Brit J Med Psychol.*1959;32: 50-55
30. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disor* 1988; 14: 61-8.
31. Gómez FJ, Ponce ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Aten. Fam.*2010;17(4):102-106.
32. Gómez FJ, Irigoyen A, Ponce ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch.Med. Fam.*1999;1(2):45-57.
33. Sanz J, Vazquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema.* 1998;2:303-318.

XIV. ANEXOS

ANEXO I. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75



FOLIO: _____

El presente Estudio que lleva por nombre:

Funcionalidad Familiar y su Asociación con Estrés, Ansiedad, Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no.75, 2012

Con el propósito de:

Determinar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75 la asociación que existe entre su funcionalidad familiar y la presencia de estrés, ansiedad y depresión.

Sexo⁽³⁾: 1. Masculino
2. femenino

Nombre⁽¹⁾: _____

Edad⁽²⁾: _____

Estado Civil⁽⁴⁾:

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Union Libre
4. Divorciado (a)
5. Viudo (a)

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que considere.

Al terminar esta parte devuélvalo al entrevistador.

6. ¿Padece usted alguna enfermedad aparte de la Diabetes Mellitus?

1. Si
2. No

Escolaridad⁽⁵⁾:

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Medio superior incompleta
7. Medio superior completa
8. Licenciatura incompleta
9. Licenciatura completa

7. ¿Cuántos años lleva de padecer Diabetes Mellitus?

R: _____

EEP-10

Instrucciones: Marque la opción que mejor se adecue a su situación Actual, teniendo en cuenta el último mes.

8. ¿Con que frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

0. Nunca
1. Casi nunca
2. De vez en cuando
3. A menudo
4. Muy a menudo

9. ¿Con que frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?
0. Nunca
 1. Casi nunca
 2. De vez en cuando
 3. A menudo
 4. Muy a menudo.
10. ¿Con que frecuencia te has sentido nervioso o estresado (lleno de tensión)?
0. Nunca
 1. Casi nunca
 2. De vez en cuando
 3. A menudo
 4. Muy a menudo
11. ¿Con que frecuencia has estado seguro sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?
- 4 Nunca
 - 3 Casi nunca
 - 2 De vez en cuando
 - 1 A menudo
 - 0 Muy a menudo
12. ¿Con que frecuencia has sentido que las cosas te van bien?
- 4 Nunca
 - 3 Casi nunca
 - 2 De vez en cuando
 - 1 A menudo
 - 0 Muy a menudo
13. ¿Con que frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?
0. Nunca
 1. Casi nunca
 2. De vez en cuando
 3. A menudo
 4. Muy a menudo
14. ¿Con que frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?
- 4 Nunca
 - 3 Casi nunca
 - 2 De vez en cuando
 - 1 A menudo
 - 0 Muy a menudo
15. ¿Con que frecuencia has sentido que tenías todo bajo control?
0. Nunca
 1. Casi nunca
 2. De vez en cuando
 3. A menudo
 4. Muy a menudo
16. ¿Con que frecuencia has estado enfadado por que las cosas que te han ocurrido estaban fuera de control?
0. Nunca
 1. Casi nunca
 2. De vez en cuando
 3. A menudo
 4. Muy a menudo

17. ¿Con que frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?

0. Nunca
1. Casi nunca
2. De vez en cuando
3. A menudo
4. Muy a menudo

Puntuación total	
------------------	--

HAMILTON:

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia.

18. Estado de ánimo ansioso:

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

0. Ausente
1. Leve
2. Moderado
3. Grave
4. Muy grave o incapacitante

19. Tensión:

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

0. Ausente
1. Leve
2. Moderado
3. Grave
4. Muy grave o incapacitante

20. Temores:

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

0. Ausente
1. Leve
2. Moderado
3. Grave
4. Muy grave o incapacitante

21. Insomnio:

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

0. Ausente
1. Leve
2. Moderado
3. Grave
4. Muy grave o incapacitante

22. Intelectual (cognitivo)

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

0. Ausente
1. Leve
2. Moderado
3. Grave
4. Muy grave o incapacitante

23. Estado de ánimo deprimido
Perdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
24. Síntomas somáticos generales (musculares)
Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
25. Síntomas somáticos generales (sensoriales)
Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
 5. Síntomas cardiovasculares
26. Síntomas cardiovasculares
Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
27. Síntomas respiratorios.
Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
28. Síntomas gastrointestinales
Dificultad para tragar, gases, dispepsia(dolor antes y después de comer, sensación de estomago lleno, vómitos acuosos, vómitos sensación de estomago vacío, distensión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento).
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante

29. Síntomas genitourinarios.
Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
30. Síntomas autónomos.
Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante
31. Comportamiento en la entrevista (contesta el entrevistador)
0. Ausente
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Grave
 4. Muy grave o incapacitante.
0. Casi siempre

Psíquico	
Somático	
Total	

BECK.

INSTRUCCIONES: Por favor lea con atención cada una de las siguientes afirmaciones y señale cuál de ellas en cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar su elección. Solo marque una de cada grupo.

- 32.
0. No me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
- 33.
0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1. Me siento desanimado respecto al futuro
 2. Siento que no tengo que esperar nada
 3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 34.
0. No me siento fracasado
 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3. Me siento una persona totalmente fracasada
- 35.
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1. No disfruto de las cosas tanto como antes
 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- 36.
0. No me siento especialmente culpable
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 3. Me siento culpable constantemente

- 37.
0. No creo que este siendo castigado
 1. Me siento como si fuese a ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que estoy siendo castigado
- 38.
0. No estoy decepcionado de mi mismo
 1. Estoy decepcionado de mi mismo
 2. Me da vergüenza de mi mismo
 3. Me detesto
- 39.
0. No me considero peor que cualquier otro
 1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 2. Continuamente me culpo por mis faltas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
- 40.
0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
 2. Desearía suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad
- 41.
0. No lloro más de lo que solía llorar
 1. Ahora lloro más que antes
 2. Lloro continuamente
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera
- 42.
0. No estoy más irritado de lo normal en mi
 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado continuamente
 3. No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
- 43.
0. No he perdido el interés por los demás
 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
 2. He perdido la mayor parte de mi enteres por los demás
 3. He perdido todo el interés por los demás
- 44.
0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 1. Evito tomar decisiones más que antes
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3. Ya me es imposible tomar decisiones
- 45.
0. No creo tener peor aspecto que antes
 1. Me temo que ahora parezco más viejo y poco atractivo
 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3. Creo que tengo un aspecto horrible
- 46.
0. Trabajo igual que antes
 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar hacer algo
 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 3. No puedo hacer nada en absoluto
- 47.
0. Duermo también como siempre
 1. No duermo tan bien como antes
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir

- 48.
0. No me siento más cansado de lo normal
 1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 49.
0. Mi apetito ha disminuido
 1. No tengo tan buen apetito como antes
 2. Ahora tengo mucho menos apetito
 3. He perdido completamente el apetito
- 50.
0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 1. He perdido más de 2 kilos y medio
 2. He perdido más de 4 kilos
 3. He perdido más de 7 kilos
 4. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO
- 51.
0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estomago o estreñimiento
 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
- 52.
0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés
 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo
 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo
- | | |
|------------------|--|
| Puntuación total | |
|------------------|--|

APGAR FAMILIAR.

INSTRUCCIONES: Por favor señale la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

53. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?
0. Casi nunca
 1. A veces
 2. Casi siempre
54. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
0. Casi nunca
 1. A veces
 2. Casi siempre
55. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
0. Casi nunca
 1. A veces
 2. Casi siempre
56. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?
0. Casi nunca
 1. A veces
 2. Casi siempre
57. ¿Siente que su familia le quiere?
1. Casi nunca
 2. A veces

Puntuación total	
------------------	--

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Netzahualcóyotl, Edo. De México. a _____ de _____ del 2012.

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Funcionalidad Familiar Y Su Asociación Con Estrés, Ansiedad, Depresión En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 De La Unidad De Medicina Familiar No.75, 2012”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en salud No. _____

El objetivo del estudio es: Determinar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no. 75 la asociación que existe entre su funcionalidad familiar y la presencia de estrés, ansiedad y depresión.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder a un cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente que mi participación no me expone a ningún posible riesgo.

Los inconvenientes ó molestias derivadas de mi participación serán el invertir aproximadamente 45 minutos de mi tiempo y responder a un cuestionario que me será entregado. **Los beneficios derivados de la participación** serán el detectar síntomas y signos de alguna enfermedad psicológica que pueda padecer El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Nombre y firma participante

Dra. Patricia Esquivel Hernández

Nombre y firma testigo

Nombre y firma testigo