



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO.60 "DR. JESÚS VARELA RICO"**

DELEGACION ORIENTE.

**ANSIEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 CON DIAGNOSTICO MENOR A 6 MESES EN LA UMF 184
DEL IMSS**

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

PRESENTA:

DRA. MARICELA TLAPA CRUZ

ESTADO DE MEXICO ORIENTE.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ANSIEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO
2 CON DIAGNOSTICO MENOR A 6 MESES EN LA UMF 184 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARICELA TLAPA CRUZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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


**ANSIEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON
DIAGNOSTICO MENOR A 6 MESES EN LA UMF 184 DEL IMSS**


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


PRESENTA


DRA. MARICELA TLAPA CRUZ

AUTORIZACIONES


DRA. ELIZABETH NICOLÁS CARRAZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITA A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 60 "DR. JESÚS VARELA RICO"


DRA. EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO
ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR
ADSCRITO A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 60 "DR. JESÚS VARELA RICO"


DR. ISAAC PERÉZ ZAMORA
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 60
"DR. JESÚS VARELA RICO"


DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por permitirme estar aquí, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por que hizo realidad este sueño anhelado

A mis padres Gregorio y Francisca por darme la vida, porque forjaron en mí la persona que ahora soy.

A mis hermanos por su apoyo y confianza, por quererme por sobre todas las cosas.

A mi esposo Omar por creer en mí, por su paciencia, comprensión, apoyo y cariño.

A mis hijos Denise, Daniela y Christian por soportar con paciencia mi ausencia, por ser las fuerzas que me inspiran

A mis suegros Jorge y Luisa por brindarme su apoyo incondicional.

A mi asesora Dra. Eugenia del Rocío Rivera Tello, por otorgarme su apoyo, orientación y colaboración durante la realización de este trabajo.

A Bertha por reemplazarme cuando me tuve que ausentar, por darles atención y cariño a mis hijos, a pesar de que para realizarlo tuvo que descuidar a sus hijas.

A cada uno de los docentes que aportaron para mi formación.

ÍNDICE

Capítulo 1

Marco teórico.....	01
Planteamiento del Problema.....	10
Justificación.....	11
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Hipótesis.....	14

Capítulo 2

Diseño del estudio.....	15
Criterios para selección de sujetos.....	15
Descripción de Variables.....	16
Variables del estudio.....	17
Material y Métodos.....	19
Factibilidad y aspectos éticos.....	20

Capítulo 3

Análisis de Datos.....	21
Análisis de Resultados.....	21
Discusión.....	33

Capítulo 4

Conclusiones..... 36

Referencias
bibliográficas..... 38

Capítulo 5

Anexos..... 40

RESUMEN

“Ansiedad y Funcionalidad Familiar en el paciente diabético tipo 2 con diagnóstico menor a 6 meses”.

Antecedentes: El diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus conllevan estados emocionales como la ansiedad y depresión en la mayoría de las personas. **Objetivo:** Identificar la Ansiedad y Funcionalidad Familiar en Diabetes Mellitus tipo 2, con diagnóstico menor de 6 meses. **Material y Métodos:** Adultos de 20 a 69 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acuden a la UMF 184. El estudio incluyó 245 pacientes a los cuales se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck y APGAR. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil). Se realizó análisis estadístico mediante programa SPSS versión 19. **Resultados** El 34% (n=84 pacientes) fueron del sexo masculino y 66% (n=161 pacientes) del sexo femenino. De acuerdo a la escolaridad, predomina secundaria 40.8% (que corresponde a n=100 pacientes), y primaria 37.5% (n=92 casos). Predominaron los casados 68.6% (n=168 pacientes), unión libre 13.1% (n=32 pacientes). Se identificó ansiedad en 66.5% (n=163 pacientes), sin ansiedad 33.5% (n=82 pacientes). De los que presentaron ansiedad predominó el nivel leve 47.4% (n=116 pacientes), seguido del moderado 16.7% (n=41 pacientes) y grave de ansiedad 2.4% (n=6 pacientes). Con predominio del sexo femenino 70% (n=114pacientes). Se identificó predominio del grupo de 50-59 años (26.1%). Por estado civil se identificó ansiedad en 163 pacientes, de los cuales 117 pacientes son casados (representa 71.8%), 17 pacientes en unión libre (10.4%), 16 pacientes viudos (9.8%), 7 pacientes solteros (4.3%) y 6 pacientes divorciados (3.7%). Se identificó buena función familiar en 123 casos (50.20%), 87 pacientes (35.51%) presentaron Disfunción Familiar leve, 25 pacientes (10.2%) presentaron Disfunción Familiar Moderada y 10 pacientes (4.1%) presentaron Disfunción Familiar Severa. **Conclusiones:** La presencia de ansiedad y depresión en pacientes de recién diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en pacientes casados, sexo femenino.

Palabras Clave: Ansiedad, depresión, Diabetes mellitus de recién diagnóstico

CAPÍTULO 1

MARCO TEORICO

La Ansiedad y la funcionalidad familiar, dentro de la población de pacientes con Diabetes ha sido estudiado desde hace mucho tiempo, las investigaciones han sido en distintas realidades:

Rivas Acuña, Valentina y cols (2011) en su estudio, tipo descriptivo transversal, realizado en la colonia Tamulte Delicias en Villahermosa Tabasco, titulado Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2, incluyeron un total de 100 personas para su estudio de los cuales 55% pertenecen al sexo femenino y 45% pertenece al sexo masculino. En dicho estudio comprobaron que las personas con diabetes mellitus presentan un grado de ansiedad y depresión al conocer el diagnóstico, determinaron que un 53% de la muestra estudiada presenta un estado de Ansiedad alto y el 47 % con un estado de Ansiedad bajo. En relación al género, del total de mujeres encuestadas 49.1% presentaron un estado de ansiedad bajo y 50.9% un estado de ansiedad alto. En contraste con los hombres quienes presentaron 45.5% un estado de ansiedad bajo y 54.5% un estado de ansiedad alto. Con respecto a la depresión del total de mujeres encuestadas 38.2% se encuentran sin depresión, 47% presentaron depresión media, el 12.7% con nivel de depresión incipiente y el 1.8% presento reacción de ansiedad. En los hombres los resultados marcan una menor afectación de este síndrome al encontrarse que del total de hombres encuestados 47.7% se encontraron normales, 40.9% con depresión media y 11.4% con depresión incipiente. Los resultados encontrados respecto al género, muestran que las mujeres presentan niveles de depresión en mayor cantidad que los hombres, sin embargo los hombres presentan ligeramente mayor ansiedad que las mujeres. ⁽¹⁾

Fabián San Miguel, María Guadalupe y cols. (2010) efectuaron un estudio epidemiológico, para determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones y comorbilidades, este estudio se efectuó en pacientes adultos, ambos sexos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que participaron en la Caminata Anual del Paciente Diabético que se organiza en un centro hospitalario de tercer nivel de la Ciudad de México (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas). De los 909 pacientes con DM tipo 2 registrados en dicha caminata, aceptaron participar en el estudio 741 pacientes, de los cuales 76% eran mujeres y 24% eran hombres. Del total de la población estudiada el 62% de los pacientes no registro ningún síntoma de ansiedad o depresión, y el 38% de los pacientes restantes registro síntomas de

ansiedad, depresión o de ansiedad y depresión combinadas. Se determinó que de este 38% la prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 8.0%, de síntomas de depresión 24.7% y de ansiedad y depresión combinados de 5.3%, por lo tanto la más frecuente fueron los síntomas de depresión. ⁽²⁾

Colunga-Rodríguez, Cecilia y col. (2005) en un estudio realizado en Guadalajara, México, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en personas con diabetes tipo 2. Este estudio fue de corte transversal comparativo en una muestra de 450 pacientes, derechohabientes del IMSS, con diabetes tipo 2, mayores de 30 años de edad, con más de un año de diagnóstico y sin determinación de psicopatología. De las 450 personas estudiadas 62% son del sexo femenino y 38% son del sexo masculino. Los resultados obtenidos mostraron que el 37% de la población estudiada no muestra sintomatología ansiosa o depresiva, el 26% presento síntomas de reacción de ansiedad, 30 % presento depresión media y 7% depresión severa. Se concluyó que la sintomatología ansiosa o depresiva presenta una alta prevalencia en el total de la población estudiada con un 63% con algún síntoma de ansiedad y depresión, y el 37% normal. Con una proporción de 3 a 1, mayor en mujeres que en hombres. ⁽³⁾

Salazar-Estrada, José G y col. (2009) realizaron un estudio de corte transversal comparativo denominado "Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-2007". Se formaron dos grupos de pacientes, uno con diagnóstico de DM2 y otro sin una enfermedad crónica. Para el primer grupo se incluyeron pacientes que acudieron a la atención primaria, con diagnóstico de DM tipo 2, con más de 40 años de edad y más de 1 año de diagnóstico de la enfermedad, que no tuvieran diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica o antecedente de ingesta de psicofármacos. El segundo grupo el criterio fue no tener al momento el diagnóstico de DM u otra enfermedad crónica, tener 40 años o más y no estar tomando psicofármacos. La muestra estuvo conformada por 208 personas de las cuales el 43% (92 pacientes) tuvieron diagnóstico de DM2 y el 57% (116 pacientes) no tuvo enfermedad crónica alguna. El 66% correspondieron a mujeres y un 34 % a hombres. El objetivo del estudio fue identificar diferencias en los hábitos saludables y en la percepción de salud de los enfermos diagnosticados como diabéticos y en los no diabéticos. Se evaluaron variables epidemiológicas, hábitos saludables y calidad de vida. Se registraron variables sociodemográficas. Se concluyó que la autopercepción en las condiciones de salud, está asociado a tener o no un diagnóstico como diabético. El paciente diabético percibe más deteriorada sus capacidades de cuidado personal, además refiere presencia de ansiedad y depresión. Se concluyó que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión fue mayor en el grupo de pacientes con diagnóstico de DM2 con un 94.4% del total de este grupo, en contraste con el 68.1% del total del grupo de pacientes no diabéticos. ⁽⁴⁾

Siqueira Pérez, Denise y col. (2008) realizaron un estudio descriptivo y exploratorio con el objetivo de conocer las sensaciones y las reacciones emocionales de las mujeres después del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue realizado en una unidad primaria de cuidado médico de la ciudad de

la ciudad de Ribeiron Preto, Brasil. Se incluyeron mujeres con DM tipo 2 de más de 1 año de diagnóstico, sin antecedente previo de enfermedad psiquiátrica. La edad de las mujeres que participaron en el estudio varió entre 49 y 76 años, con bajo nivel de escolaridad. Al finalizar el estudio se identificaron algunos sentimientos y reacciones que las entrevistadas experimentaron inmediatamente después del diagnóstico de diabetes, como “rabia”, “revuelta”, “tristeza”, “miedo”, “choque” y “susto”. Sin embargo, también se evidenció que con el pasar del tiempo, las entrevistadas acabaron acostumbrándose con el hecho de presentar una enfermedad crónica como la diabetes. Los datos mostraron que el diagnóstico de la DM llegó acompañado de vivencias cargadas por sentimientos disfóricos. Algunas entrevistadas mencionaron claramente que experimentaron sentimientos de rabia y revuelta después de recibir el diagnóstico de diabetes, lo que señala la existencia de conflictos psicológicos intensos que aumenta la vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión y ansiedad.⁽⁵⁾

Concha, M.,Rodriguez, C. (2010) realizaron un estudio que determino la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de eventos descompensatorios en pacientes diabéticos e hipertensos, fue un estudio de asociación y determinación de factores de riesgo, se aplicó el test de Apgar a 48 pacientes compensados y 70 descompensados entre 55 y 64 años de edad. Los resultados obtenidos fueron que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptible de descompensación aquellos sujetos que provienen de familias con funcionalidad moderada o disfunción severa, y que es mayor en mujeres diabéticas, encontraron que los factores de mayor riesgo frente a eventos de descompensación son la disfuncionalidad moderada o severa y la patología crónica padecida (diabetes).⁽⁶⁾

Rodríguez, C.,(2010) realizo un estudio descriptivo, transversal, correlacional con una muestra de 97 pacientes y 97 familiares, se utilizó la escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedemann y la escala de ansiedad de Spielberger, encontraron que el grupo de edad en el que predomina la ansiedad es el femenino, de ellas un 56% con diabetes tipo 2, y en cuanto a los índices de ansiedad se detectó un nivel moderado en el 92% de los pacientes y con una familia funcional en el 91%⁽⁷⁾.

Diabetes Mellitus.

El término *diabetes mellitus* (DM), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas.⁽⁸⁾

De acuerdo con la American Diabetes Association (ADA) en su publicación 2010 considera a la diabetes como un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas.⁽⁹⁾

La DM 2 supone el 90% de los casos de diabetes. La mayoría de los diabéticos tipo 2 tiene sobrepeso u obesidad, lo que contribuye a presentar un aumento en la resistencia a la insulina. Es un tipo de diabetes que presenta grados variables de déficit insulínico y resistencia periférica a la acción de la insulina.⁽¹⁰⁾

La prevalencia de la diabetes aumenta con la edad. Es inferior al 10% en personas menores de 60 años y entre el 10%-20% entre los 60-79 años de edad. En América Latina el número de personas con DM se calculó en 62.8 millones en el año 2011 y se espera que alcance los 91.1 millones en 2030. En México es el principal problema de salud, con una prevalencia de 14%.⁽¹¹⁾

En 2010 se registraron en el país más de 72 mil muertes por DM, ubicándose como la principal causa de muerte.⁽¹²⁾

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas y representa 16.7% de las defunciones; además, es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes en 1991, la cual, comparada con la de 1980 (21.10), representa una variación absoluta de 11.67 puntos y 33.59% de variación relativa. Con base en los resultados obtenidos en la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles, 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus.⁽¹³⁾

La diabetes mellitus es una enfermedad cuya prevalencia mundial ha incrementado en los últimos años. En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. Se estimó para el año 2030 una prevalencia nacional de 10.9% y tan sólo en 2002 se registraron 114.6 nuevos casos por cada 100 000 habitantes.⁽¹⁴⁾

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% durante el 2010. En la consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar de demanda.⁽¹⁵⁾

Factores de riesgo.

La incidencia de diabetes en personas con glucosa alterada en ayuno o intolerancia a la glucosa varía del 5 al 10%. Si el paciente tiene ambas anomalías, el riesgo de desarrollar diabetes es de 4 a 20%. Tener un índice de masa corporal (IMC) mayor a 23 en mujeres y mayor a 25 en los hombres, además de obesidad abdominal, aumenta de 42.2 veces el riesgo de diabetes.

Otros factores de riesgo relacionados con la diabetes son los antecedentes de enfermedad cardiovascular, la dislipidemia; en las mujeres, además, el síndrome de ovario poliquístico y haber tenido hijos con peso al nacer mayor a 4 kilogramos.⁽¹⁶⁾

La **DM2** se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. El exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos.⁽¹⁷⁾

ANSIEDAD.

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas*. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad “es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente”.⁽¹⁸⁾

La Clasificación Internacional de Enfermedades define a los Trastornos de Ansiedad como aquellos síntomas psicológicos, de conducta o autonómicos, debido primariamente a manifestaciones de ansiedad, no debiendo ser secundarios a otros síntomas, como trastornos perceptivos o síntomas obsesivos. Los síntomas que ayudan a detectar los trastornos de ansiedad son: inseguridad, temor, preocupación, pensamientos negativos y temor anticipado ante hechos que se viven como de «difícil tránsito».⁽¹⁸⁾

De todas las enfermedades mentales son las que cuentan con una mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% a 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.⁽¹⁹⁾

La ansiedad inicia debido a los impulsos sensoriales (procedentes, por ejemplo, de los ojos) las redes neuronales detectan el peligro, se activan y dan la señal de “**Alarma**” la cual se transmite primero al tálamo. Si el tálamo y la amígdala consideran al estímulo como peligroso, automáticamente lanzan la alarma general y el miedo, la rabia o cualquier otra emoción salen a escena y se extiende en décimas de segundo por todo el organismo a través del tronco encefálico lo que provoca distintos cambios fisiológicos en el organismo que lo preparan para afrontar el peligro bien sea real o imaginario. El corazón y la respiración se aceleran, aumenta el ritmo cardiaco y la presión sanguínea.^(20 21)

El primer síntoma es emocional; que se manifiesta como una sensación de que algo va a pasar, por lo general negativo, pero no se sabe qué. No hay causa real

ni específica. El segundo síntoma es el físico; y se manifiesta por medio de sudoración, palpitaciones, falta de respiración, opresión en el pecho, colitis o gastritis. ⁽²²⁾

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. ⁽²³⁾

De acuerdo a la OMS en el 2008, el 20 % de la población en el mundo ha tenido síntomas de ansiedad alguna vez en su vida. El rango más frecuente en que se presenta la ansiedad es entre los 18 y los 35 años de edad, pero puede presentarse en edad más avanzada y en los niños. ⁽²⁴⁾

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI). El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario autoadministrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, es utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual. ⁽²⁵⁾

El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

1. Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
2. Neurofisiológico (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
3. Autónomo (por ejemplo, “sensación de calor”).
4. Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”). ⁽²⁵⁾

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual.

Administración e Interpretación del BAI

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave. ⁽²⁵⁾

Usos Clínicos y de Investigación

El Inventario de Ansiedad de Beck puede utilizarse para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una ayuda para el diagnóstico clínico, para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post-tratamiento.

Otras ventajas del BAI incluyen su rápida y fácil administración, la repetibilidad, la discriminación entre los síntomas de la ansiedad y la depresión, y una probada validez en diferentes idiomas, culturas y grupos de edad. ⁽²⁵⁾

Propiedades Psicométricas:

Fiabilidad: Posee una consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.9 a .94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0.3 y 0.71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0.67 a 0.93 y tras 7 semanas 0.62. ⁽²⁶⁾

Validez: tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, adultos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0.51, con el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58 y con la subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0.81. ⁽²⁶⁾

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas.

Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta y se interpretan de la siguiente manera, otorgándole el valor en el puntaje señalado.

0. En absoluto
1. Levemente, no me molestó mucho
2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
3. Severamente, casi no podía soportarlo ⁽²⁶⁾

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

De 0-7 puntos. Nivel mínimo de ansiedad.

De 8-15 puntos. Nivel leve de ansiedad.

De 16-25 puntos. Nivel moderado de ansiedad.

De 26-63 puntos. Nivel grave de ansiedad.

FAMILIA

La familia sigue siendo el eje primordial en el funcionamiento de nuestra sociedad, transformadora de la actividad cotidiana, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; productora de salud o enfermedad en cada uno de sus miembros o en forma colectiva.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Se alcanza cuando los objetivos o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridad económica, afectiva, social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.
(27)

Criterios para la Funcionalidad familiar

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente.
- Individualidad: Autonomía respetada e indiferencia tolerada.
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema
- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes. (28)

FAMILIA DISFUNCIONAL

- Se puede manifestar por medio de los síntomas de sus integrantes. En una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de los miembros.
- La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional y se invierte la jerarquía. (29)

EVALUACION DE LA FAMILIA

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. ⁽²⁹⁾

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia. ⁽³⁰⁾

Este instrumento fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico Familiar propuso la aplicación de este test como instrumento de Atención Primaria. Este test se basa en la premisa de que todos los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. La validación de APGAR mostró un índice de correlación entre 0.71 y 0.83. ⁽³⁰⁾

El APGAR Familiar evidencia la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia (adaptación, participación, ganancia, afecto, recurso). **Interpretación.** Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente clasificación.

Puntaje	
0	Nunca
1	Casi nunca
2	Algunas veces
3	Casi siempre
4	Siempre

Al sumar los 5 parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica:

Función	Puntaje
Buena Función Familiar	18-20
Disfunción Familiar Leve	14-17
Disfunción Familiar moderada	10-13
Disfunción Familiar Severa	9 o menos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida del valor por la vida por una funcionalidad familiar afectada. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia.

Los pacientes con DM2 no solo son afectados físicamente sino que también desarrollan problemas emocionales y familiares. Una de las alteraciones emocionales son los cuadros de ansiedad o angustia que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas. En cuanto a las alteraciones funcionales familiares hay distanciamiento en el afecto de la pareja, porque se lleva a cabo un proceso de adaptación ante la enfermedad que requiere recursos económicos y familiares que repercuten en el estilo de vida .

La Unidad de Medicina Familiar No. 184, cuenta con una población total adscrita de 62,866 derechohabientes, de los cuales 1958 cuentan con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. Según información proporcionada en el servicio de ARIMAC de la unidad, realizado en el mes de Agosto de 2014

La ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 ha sido insuficientemente estudiada, a pesar que en esta población existen múltiples factores que pueden ser causas de ansiedad lo que interfiere con el tratamiento y con los esfuerzos individuales para lograr niveles normales de glucemia. La co-ocurrencia de la ansiedad con la diabetes merece atención para que el manejo de la diabetes sea efectivo y no repercuta en la funcionalidad familiar.

Lo anterior nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cómo es la ansiedad y la funcionalidad familiar en el paciente diabético tipo 2, con diagnóstico menor a 6 meses adscritos a UMF 184?

JUSTIFICACION

Magnitud.

La diabetes es un problema importante de salud pública en México, que genera múltiples complicaciones macro y micro vasculares, que requiere del mantenimiento de niveles de glucosa en sangre dentro de parámetros establecidos, así como modificaciones en el estilo de vida de las personas afectadas, lo que condiciona al desarrollo de trastornos psíquicos, dentro de los cuales se encuentra la ansiedad.

La ansiedad representa uno de los trastornos psíquicos más comunes y frecuentes de la diabetes en la población mexicana, por lo que ha cobrado importancia en los últimos años. Siendo principalmente más común en adultos mayores, y en cuanto a género el femenino es el más relevante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012, reporto más de 347 millones de personas con Diabetes en el mundo, de los cuales el tipo 2 representa el 90%. En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% durante el 2010. La Unidad de Medicina Familiar No. 184, cuenta con una población total adscrita de 62,866 derechohabientes, de los cuales 1958 cuentan con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

La diabetes genera cambios en la persona, prácticamente desde que recibe este diagnóstico, despertando en ella numerosos sentimientos, reacciones y emocionales siendo los más frecuentes reportadas ansiedad y depresión. La ansiedad, han sido asociada con un menor control metabólico y por lo tanto, con el aumento de complicaciones micro y macro vasculares que impactan en la calidad de vida de la persona con diabetes, repercutiendo a su vez en la funcionalidad familiar.

Trascendencia

Sin embargo se desconoce si el enfrentamiento con la enfermedad genera Ansiedad al verse amenazados el sentido de identidad y de lo que sé es como persona y los planes de vida que se tenían previo al diagnóstico. Por lo anterior es importante y de trascendencia determinar la relación existente entre ansiedad y Diabetes Mellitus, para conocer determinantes psicológicas y por consiguiente lograr un mejor control de la enfermedad, para preveer la funcionalidad familiar.

Factibilidad

Fue posible hacer el estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 184, ya que existieron los recursos humanos, físicos y materiales para llevar a cabo dicho protocolo bajo los estándares del comité de ética, y con apego al marco legal vigente y obteniendo resultados que sirvan para mejorar la atención integral de los pacientes con Diabetes Mellitus, el cual puede condicionar estrés emocional que de no ser controlado desencadena un trastorno de ansiedad, el cual repercute de manera directa en las relaciones familiares, condicionando un núcleo familiar disfuncional.

Vulnerabilidad

Con los resultados obtenidos es posible mejorar el cuidado de los adultos con DM estableciendo protocolos de atención que ayuden a fortalecer los recursos internos de las personas con DM que les permitan resolver problemas y reducir los niveles de ansiedad. Además de favorecer con una adecuada funcionalidad familiar

Al reconocer el nivel de ansiedad y disfunción familiar en estos pacientes aumenta la capacidad del médico, para dar una atención integral a su paciente.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la Ansiedad y la Funcionalidad Familiar en el paciente diabético tipo 2, con diagnóstico menor a 6 meses, en la unidad de Medicina Familiar 184

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar la ansiedad en el paciente diabético de 20 a 60 años por género.

Identificar la ansiedad en el paciente diabético por grupo de edad.

Identificar la ansiedad en el paciente diabético por estado civil.

Identificar la ansiedad en el paciente diabético por escolaridad.

Identificar la funcionalidad familiar en el paciente diabético de 20-60 años

HIPOTESIS

La ansiedad es moderada y la disfunción familiar es severa en el paciente diabético tipo 2 con diagnóstico menor a 6 meses, adscrito a UMF 184.

Al analizar nuestras variables, logramos identificar la presencia de ansiedad en una gran proporción 65.5% de nuestra muestra, con un predominio en el género femenino alcanzando el 70 % del total de los que indicaron presentar algún grado de ansiedad, siendo la edad más afectada de 50 a 59 años de edad con un 35.9% del total estudiado. Además se identificó que el nivel de ansiedad predominante es el leve, identificado en 47.4%. Por otra parte, logramos identificar que el estado civil más afectado con ansiedad fueron los casados, el cual se identificó en un 47.7%.

Es de importante relevancia el resultado obtenido en relación a la funcionalidad Familiar, ya que en una mayoría que represento más de la mitad de la muestra, es decir 50.2 % denotaron buena funcionalidad Familiar, al comparar con un 35.5% donde se identificó Disfunción Familiar leve, y en un 10.2% presentaron Disfunción Familiar moderada, y afortunadamente solo en un 4.1% de la muestra se identificó Disfunción Familiar Severa, como repercusión de la ansiedad que se presenta al conocer el diagnostico de Diabetes Mellitus.

De esta manera se concluye que la hipótesis no se validó, ya que los resultados obtenidos difirieron en gran medida con esta.

CAPÍTULO 2

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio:

Por el control de la maniobra experimental: observacional.

Por la medición del fenómeno: transversal.

Por la presencia de un grupo control: descriptivo

Tamaño de la muestra:

Con un Universo de Trabajo de 1958, un error máximo aceptable del 5% y con un nivel de confianza del 95% dio una muestra de 245 pacientes

Tipo de muestreo: No probabilística por conveniencia

CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE SUJETOS

Características de los casos:

Se realizó en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 con diagnóstico menor a 6 meses derechohabientes de la UMF 184, que cumplieron con criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Paciente derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), adscrito a la Unidad de Medicina Familiar Número 184.

Edad. 20 a 69 años.

Casos nuevos de Diabetes Mellitus tipo 2 con diagnóstico menor a 6 meses

Criterios de exclusión:

Pacientes que tienen patologías concomitantes como Hipertensión Arterial.

Mujeres que presentan sintomatología característica del Síndrome Climatérico.

Diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica.

Presencia de otras enfermedades crónicas conocidas, artritis reumatoide, epilepsia

No otorguen Consentimiento Informado elaborado y firmado.

Pacientes con tratamiento previo con antidepresivos

Criterios de eliminación.

Cuestionarios elaborados de forma incompleta.

Cuestionarios elaborados con múltiples respuestas para una sola pregunta.

DESCRIPCION DE VARIABLES

Variables Sociodemográficas o universales

Edad

Definición Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento ⁽³¹⁾

Tipo de variable: Cuantitativa de intervalo. Se agrupo por intervalos

Intervalo: 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 años de edad.

Genero

Definición Conceptual: Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales ⁽³³⁾.

Definición Operativa: Conjunto de características físicas, biológicas y anatómicas de los seres humanos que los definen como hombre o mujer.

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal dicotómica.

Unidades de medición: Masculino o Femenino.

Escolaridad

Definición Conceptual: Promedio del número de grados escolares aprobados por una persona ⁽³³⁾

Definición Operativa: Grado de estudio o instrucción académica que ha recibido una persona.

Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.

Unidades de medición: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Preparatoria o Licenciatura.

Estado Civil

Definición Conceptual: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto ⁽³⁴⁾

Definición Operativa: En qué estado civil se encuentra la persona en estudio.

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal dicotómica.

Unidades de medición: Soltero, Unión libre, Casado, Viudo o Divorciado.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

Ansiedad

Definición Conceptual: Puede definirse como la respuesta del organismo a un estímulo estresante. Desencadena una reacción que activa el sistema nervioso, para responder a dicho estímulo mediante la lucha, la fuga o la inhibición conductual. ⁽³²⁾

Definición Operativa: Respuesta que activa el sistema nervioso para responder a un estímulo estresante. El Inventario de ansiedad de Beck (BAI) evaluó la presencia de síntomas de ansiedad en la última semana. Los resultados se interpretaron de la siguiente manera: 0 a 7 puntos = Nivel mínimo de ansiedad, 8 a 15 puntos = Nivel leve de ansiedad, 16 a 25 puntos = Nivel moderado de ansiedad y 26 a 63 puntos = Nivel grave de ansiedad

Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.

Unidades de medición: Nivel de ansiedad Mínimo, Leve, Moderado o Grave.

Funcionalidad Familiar

Definición Conceptual: Es cuando se alcanzan todos los objetivos familiares o funciones básicas, las cuales se cumplen plenamente (económica, afectiva, social, sexual) obteniéndose una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada que se basa en el respeto de las relaciones intrafamiliares.⁽²⁹⁾

Definición Operativa: Es la capacidad de la familia para mantener un constante equilibrio a pesar de las crisis por las que puede atravesar. Además se alcanza cuando las funciones básicas se cumplen plenamente. Por lo tanto Disfunción Familiar es el rompimiento de este equilibrio que favorece a no cumplir con las funciones básicas. Test de APGAR (función familiar): Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto y Recurso. Al sumar los 5 parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20 puntos, lo que indica: 18 a 20 puntos = Buena Función Familiar, 14 a 17 puntos = Disfunción Familiar Leve, 10 a 13 puntos = Disfunción Familiar Moderada y 9 puntos o menos = Disfunción Familiar Severa.

Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.

Unidades de medición: Buena Función Familiar, Disfunción Familiar Leve, Disfunción Familiar Moderada o Disfunción Familiar Severa.

MATERIAL Y METODOS.

Lugar. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 184. Ubicada en calle Miguel Hidalgo s/n, Unidad Habitacional Niños Héroes, Cuautitlán Izcalli, Estado de México. Pertenece a la delegación 15 oriente del IMSS.

Los sujetos se seleccionaron por muestreo no probabilístico y a conveniencia que acudieron a la UMF 184, los cuales son portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 con Diagnóstico menor a 6 meses, se incluyeron un total de 245 pacientes de entre 20 y 69 años de edad, no se excluyó a ningún paciente, ya que todos realizaron el llenado de los cuestionarios de la forma completa y correctamente. Todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio, firmaron Carta de Consentimiento Informado (Anexo 1) previo al llenado de los cuestionarios.

Instrumentos de Medición

Los pacientes recibieron las mismas explicaciones e indicaciones y fueron evaluados en las mismas circunstancias de tiempo y por el mismo investigador.

Se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck, para determinar nivel de Ansiedad (Anexo 2) y el Test de APGAR para valorar la Funcionalidad Familiar (Anexo 3). Así mismo se analizaron las variables sociodemográficas (edad, género, escolaridad, estado civil). Se identificó el nivel de ansiedad y funcionalidad familiar que presentó cada una de los pacientes incluidos en el estudio, y posteriormente se categorizó. Los datos obtenidos fueron vaciados a una hoja de Excel, diseñada para la captura de resultados. Posteriormente se utilizó un estadístico de los datos obtenidos; mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences: paquete estadístico para las ciencias sociales), versión 19 para Windows.

El análisis y recolección de datos fue única y exclusiva del médico investigador. Se contó con la supervisión del asesor de la investigación durante el transcurso de la misma.

Factibilidad y aspectos éticos.

1. A todo paciente candidato a ser incluido se le explicaron los objetivos del estudio y los instrumentos de medición a utilizar.
2. Para poder participar, a todos los pacientes incluidos, se les solicitó su consentimiento informado por escrito.
3. Se respetó el derecho a no participar.
4. En todo momento se respetó la confidencialidad de la información.
5. De acuerdo a la Ley General de Salud este estudio confiere un riesgo menor al Minino. ⁽³⁵⁾

Este estudio de investigación se considera sin riesgo, los pacientes no fueron expuestos a riesgos o daño innecesario por el investigador (artículo 17 fracción 1, capítulo 1, título segundo del reglamento de la ley general de salud, en materia de investigación de salud) ajustándose a las normas en materia de investigación científica en seres humanos, de acuerdo a las declaraciones de Helsinki, con modificaciones en Tokio Japón en el año de 1975. El estudio se realizó una vez aprobado por el SIRELSIS, incluida la muestra con previo consentimiento informado.

Recursos humanos, físicos, financieros:

HUMANOS.

Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar Dra. Maricela Tlapa Cruz (Investigador Principal).

Profesor del Curso de especialización en medicina familiar, asesor temático, metodológico, trabajadora social y médicos familiares adscritos a consultorio.

MATERIALES.

Hojas de papel, computadora, impresora, sillas, escritorio, lápices, formatos del Inventario de Beck y test de APGAR, formatos impresos de Consentimiento Informado, USB, internet.

FINANCIEROS.

Se realizó con los recursos otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los propios de la investigadora.

Análisis de los datos.

Para este estudio se utilizó todos los rubros que contienen el Inventario de Ansiedad de Beck, constituida por 21 ítems, y el test de APGAR constituido por 5 ítems.

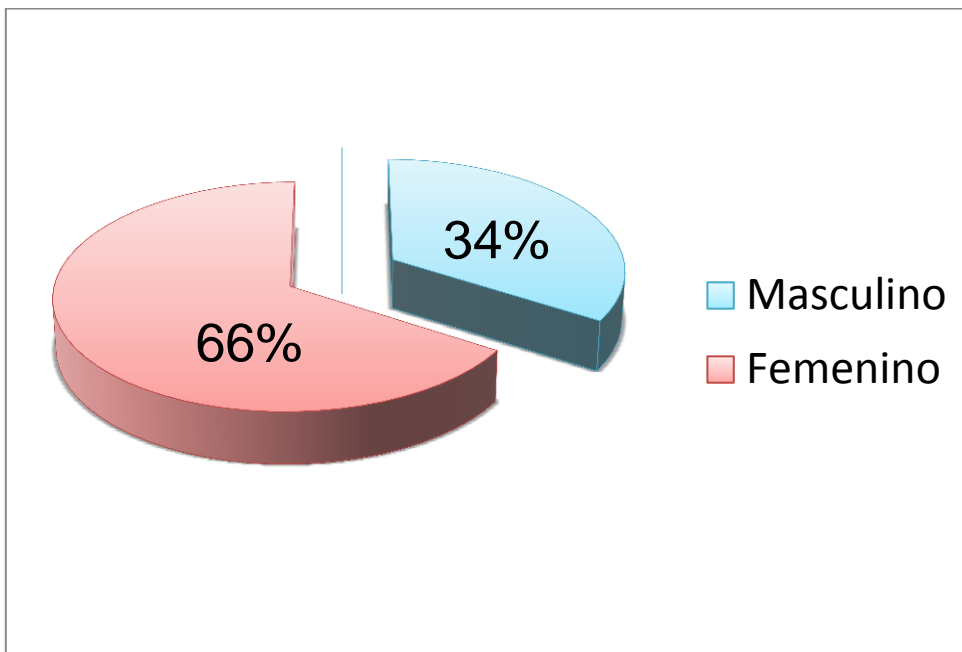
Se recopiló la información individual de cada paciente que incluyó los siguientes datos: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus, nivel de ansiedad y funcionalidad familiar.

Una vez recabada la información se utilizó un estadístico de los datos obtenidos; mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences: paquete estadístico para las ciencias sociales), versión 19 para Windows. Se utilizaron medidas de tendencia central para determinar las variables cuantitativas y Proporciones y porcentajes para las variables cualitativas. Los resultados fueron tabulados y representados en graficas de pastel para porcentajes y proporciones (variables cualitativas) y graficas de barras (variables cuantitativas)

CAPÍTULO 3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron 245 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, con diagnóstico menor a 6 meses captados en el servicio de Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 184 del IMSS, a los cuales se le aplicaron los cuestionarios descritos previamente, sin excluir a ningún paciente, ya que todos contestaron de forma completa y adecuada dichos cuestionarios. Del 100% de la muestra, el 34% (n=84 pacientes) fueron del sexo masculino y el 66% (n=161 pacientes) del sexo femenino.

Grafica 1. Distribución por sexo.



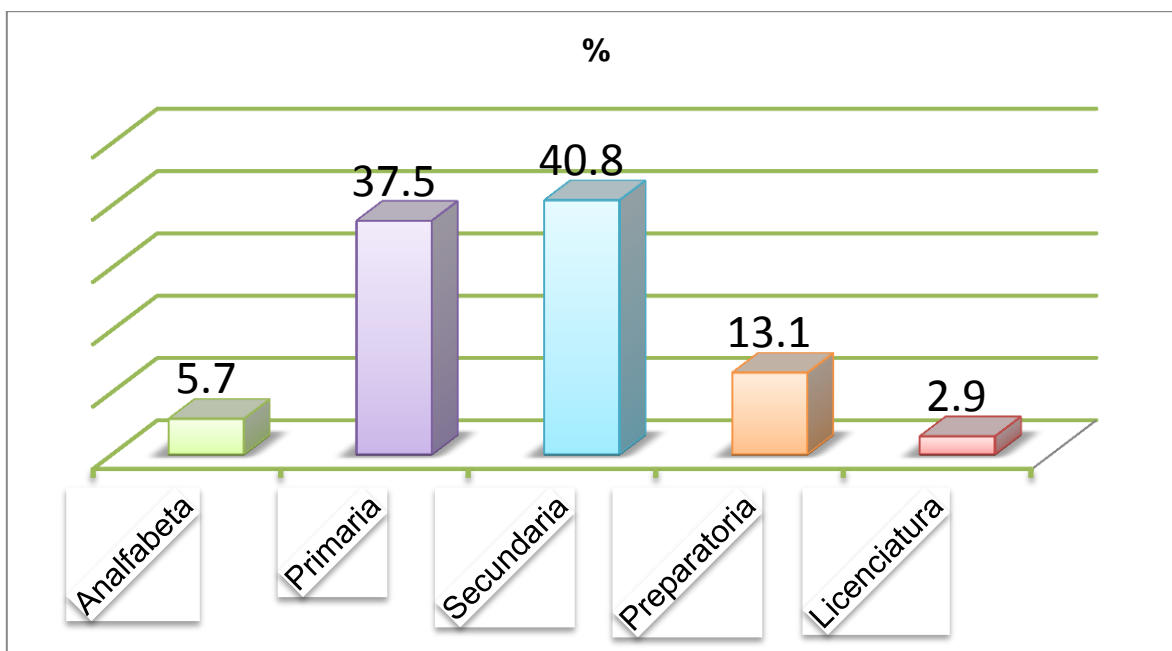
Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

De acuerdo a la escolaridad, predominan los que estudiaron hasta nivel secundaria en un 40.8% (que corresponde a n=100 casos del total de la muestra), en comparación con los que estudiaron primaria en un 37.5% (n=92 casos), preparatoria 13.1% (n=32 casos), licenciatura 2.9% (n=7 casos); en contraste con los que no estudiaron ningún nivel (analfabeta), los cuales representan el 5.7% (n=14 casos) del total de la muestra.

Tabla 1. Escolaridad de los pacientes encuestados.

Escolaridad	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Analfabeta	14	5.7
Primaria	92	37.5
Secundaria	100	40.8
Preparatoria	32	13.1
Licenciatura	7	2.9

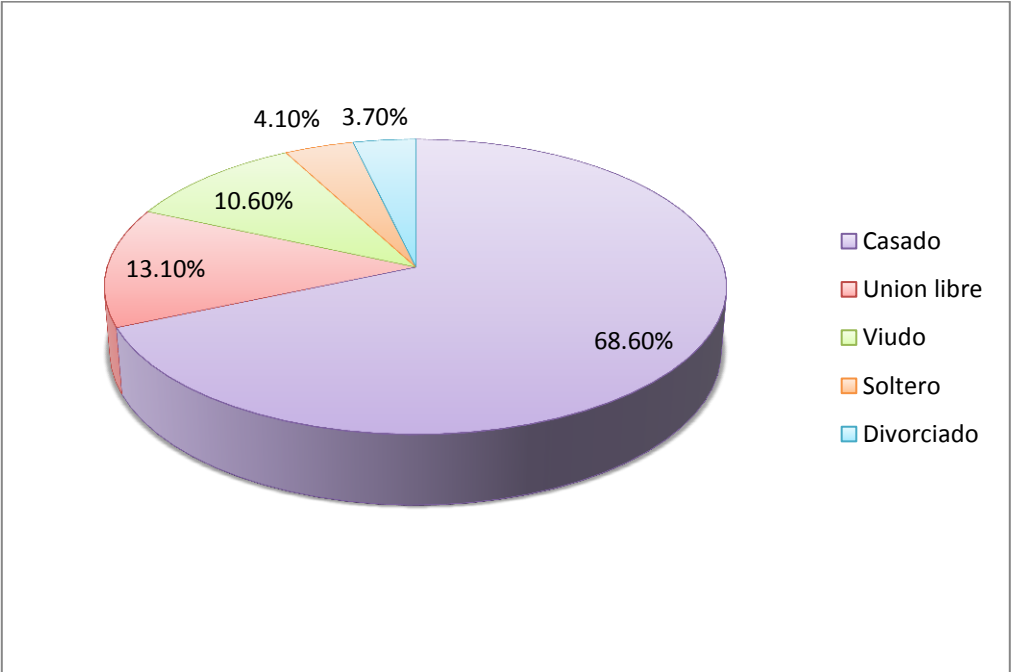
Grafica 2. Proporción en porcentaje por nivel de estudios.



Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

En cuanto al estado civil de los encuestados predominaron los casados en 68.6% (n=168 pacientes), seguidos de los que viven en unión libre con 13.1% (n=32 pacientes), la viudez se identificó en 10.6% (n=26 pacientes), en contraste con los solteros que representaron 4.1% (n=10 pacientes) y los divorciados 3.7% (n=9 pacientes).

Grafica 3. Distribución por estado civil.



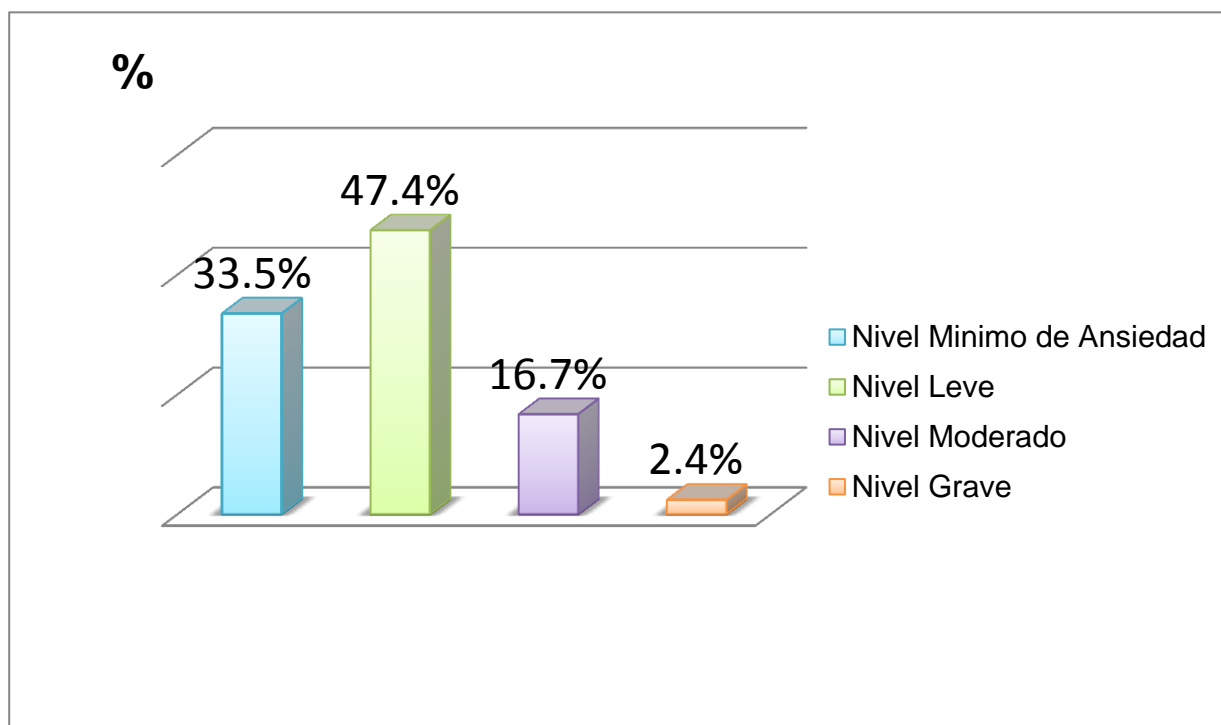
Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

En cuanto al nivel de ansiedad, el cual se obtuvo mediante la aplicación del Test de Beck para Ansiedad; se identificó que predominó el nivel leve de ansiedad con un 47.4% (n=116 pacientes), seguido de nivel mínimo de ansiedad con un 33.5% (n=82 pacientes); en comparación con el nivel moderado con 16.7% (n=41 pacientes) y el nivel grave de ansiedad que represento 2.4% (n=6 pacientes).

Tabla 2. Nivel de Ansiedad

Nivel de Ansiedad	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Mínimo	82	33.5
Leve	116	47.4
Moderado	41	16.7
Grave	6	2.4

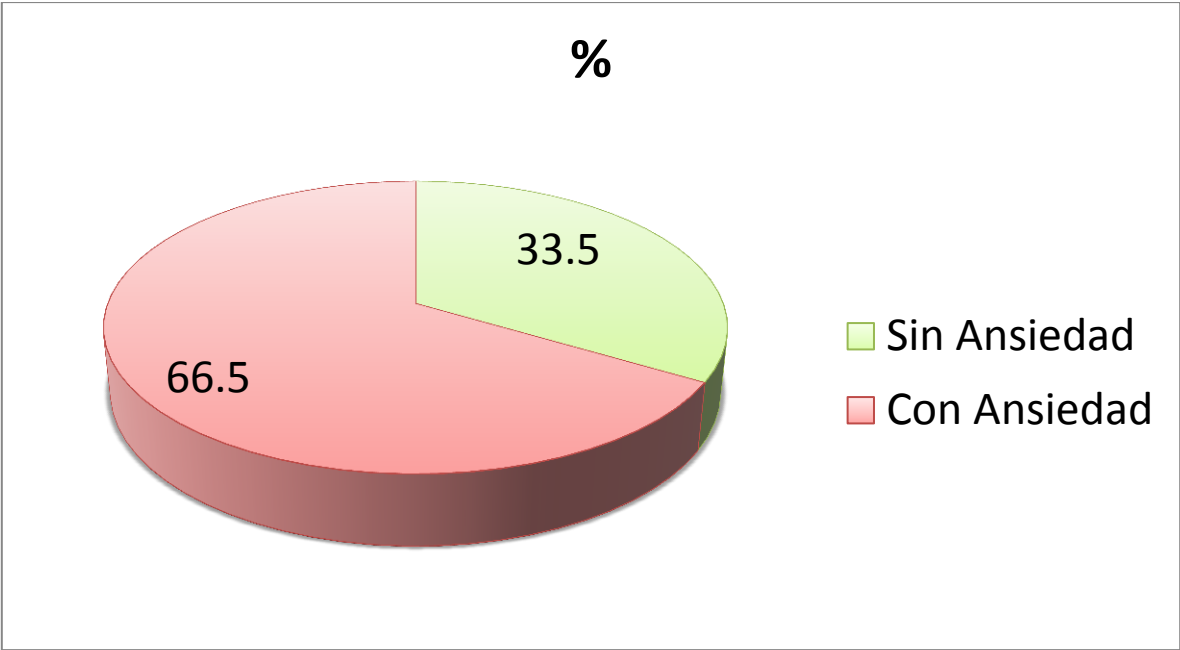
Grafica 4. Nivel de Ansiedad Identificado.



Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

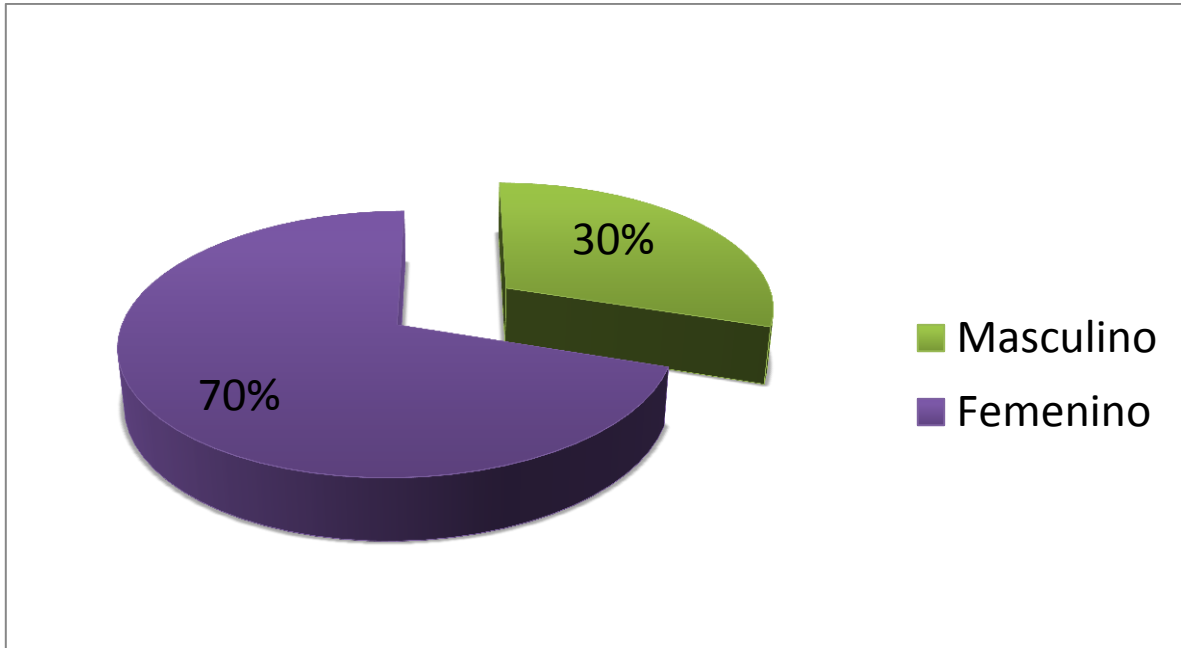
Derivado de lo anterior, del total de la muestra se identificó un nivel mínimo de ansiedad que traduce pacientes que no presentan ansiedad en un 33.5% (n=82 pacientes), en comparación con 66.5% (n=163 pacientes) que presentaron ansiedad independiente del nivel generado.

Grafica 5. Identificación de los que presentaron ansiedad.



Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

Del total de los pacientes que si presentaron algún nivel de ansiedad (n=163 pacientes del total de muestra), se identificó el predominio del sexo femenino en un 70% (n=114pacientes), en contraste con 30% (n=49 pacientes) en el sexo masculino. Grafica 6. Presencia de ansiedad por sexo.



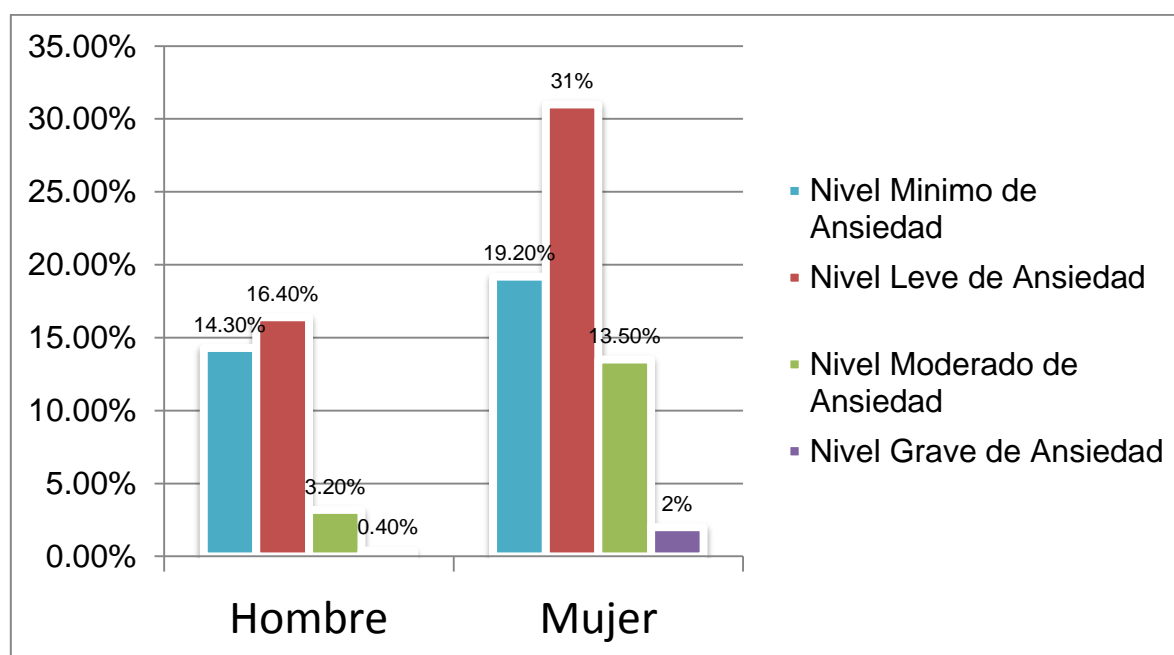
Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

En relación al sexo con el nivel de ansiedad que presentaron los pacientes, se identificó un predominio del nivel leve de ansiedad el cual se presentó en un 31% (n=76 casos) en mujeres y 16.4% (n=40 casos) en hombres, seguido de nivel mínimo (sin ansiedad) que se identificó en 19.2% (n=47 casos) en mujeres y 14.3% (n=35 casos) en hombres, el nivel moderado de ansiedad se presentó en 13.5% (N=33 casos) en mujeres y tan solo 3.2% (n=8 casos) en hombres, y el nivel grave de ansiedad se identificó en 2% (n=5 casos) en mujeres y 0.4% (n=1 caso) en hombres.

Tabla 3. Nivel de ansiedad por género.

Nivel de Ansiedad	Mujer	Porcentaje (%)	Hombre	Porcentaje (%)
Mínimo	47	19.2	35	14.3
Leve	76	31	40	16.4
Moderado	33	13.5	8	3.2
Grave	5	2	1	0.4

Grafica 7. Nivel de ansiedad por género.



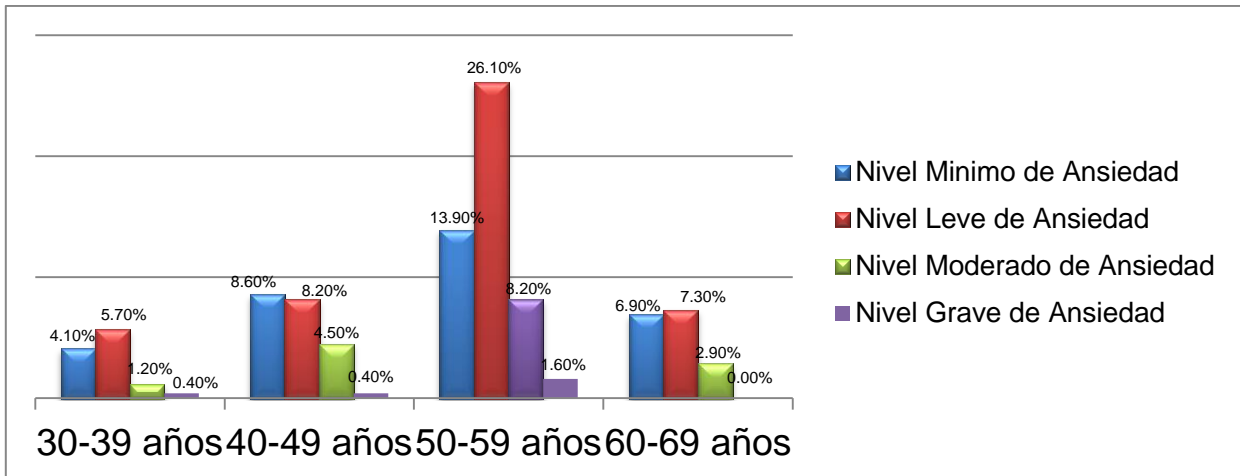
Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

En relación con el grupo de edad se identificó predominio del grupo de 50-59 años, con predominio de nivel leve de ansiedad el cual se presentó en 64 pacientes (equivale a 26.1%), el nivel moderado de ansiedad se identificó en 20 pacientes (8.2%) y nivel grave de ansiedad en 4 pacientes (1.6%). El siguiente grupo de edad identificado fue de 40-49 años de edad, con predominio también del nivel leve de ansiedad el cual se presentó en 20 pacientes (8.2%), seguido del nivel moderado de ansiedad en 11 pacientes (4.5%) y nivel grave de ansiedad en tan solo 1 paciente (0.4%) del total de la muestra. Le sigue el grupo de edad de 60 a 69 años, se identificó en 18 pacientes (7.3%) nivel leve de ansiedad, en 7 pacientes (2.9%) se identificó nivel moderado y no se identificaron casos de nivel grave de ansiedad en este grupo de edad. En cuanto al grupo de edad de 30-39 años se identificó nivel leve de ansiedad en 14 pacientes (5.7% del total de la muestra), nivel moderado de ansiedad en 3 pacientes (1.2%) y nivel grave de ansiedad en 1 paciente (0.4%).

Tabla 4. Nivel de Ansiedad por grupo de edad.

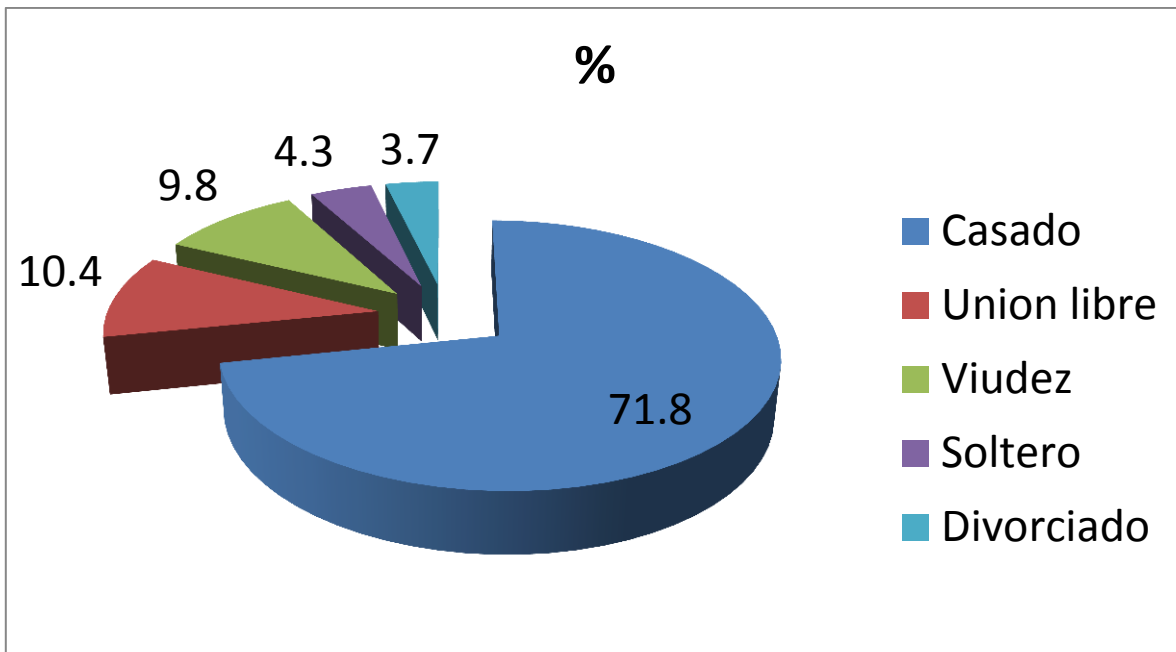
Grupo de edad	Nivel leve de ansiedad	(%)	Nivel moderado de ansiedad	(%)	Nivel grave de ansiedad	(%)	Total	(%)
30-39 años	14	5.7	3	1.2	1	0.4	18	7.3%
40-49 años	20	8.2	11	4.5	1	0.4	32	13%
50-59 años	64	26.1	20	8.2	4	1.6	88	35.9%
60-69 años	18	7.3	7	2.9	0	0	25	10.2%

Grafica 8. Nivel de ansiedad por grupo de edad.



Por estado civil se identificó ansiedad en 163 pacientes, independientemente del nivel, de los cuales 117 pacientes son casados (representa 71.8%), 17 pacientes en unión libre (10.4%), 16 pacientes viudos (9.8%), 7 pacientes solteros (4.3%) y 6 pacientes divorciados (3.7%).

Gráfica 9. Identificación de ansiedad por estado civil.



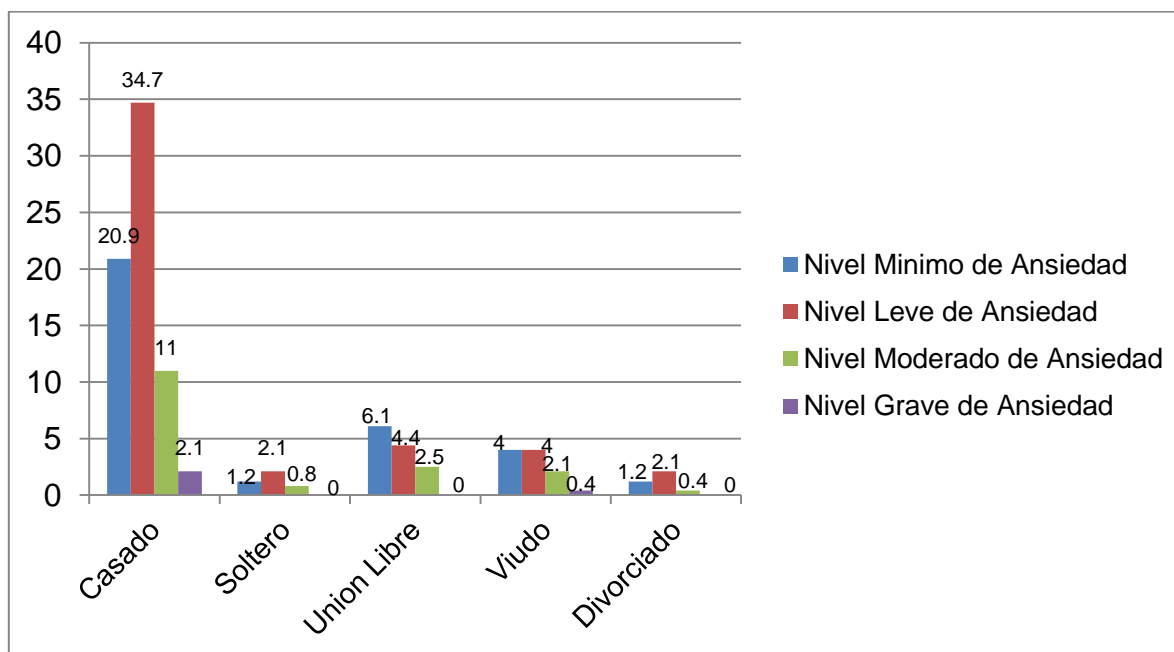
Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

En relación al nivel de ansiedad por estado civil se identificó que los casados son los que presentan más ansiedad con predominio de nivel leve en un 34.7% (n=85 pacientes), nivel moderado en 11% (n=27 pacientes) y nivel grave 2.1% (n=5 pacientes); en contraste con los que presentaron nivel mínimo de ansiedad (sin ansiedad) en este mismo estado civil (casados) siendo de 20.9% (n=51pacientes). Los que viven en unión libre presentaron nivel leve de ansiedad en 4.4% (n=11 pacientes), nivel moderado 2.5% (n=6 pacientes), no se presentó ningún caso con nivel grave de ansiedad, en comparación con los que presentaron el nivel mínimo (sin ansiedad) en 6.1% (n=15 pacientes) en el mismo estado civil.

Tabla 5. Nivel de ansiedad por estado civil.

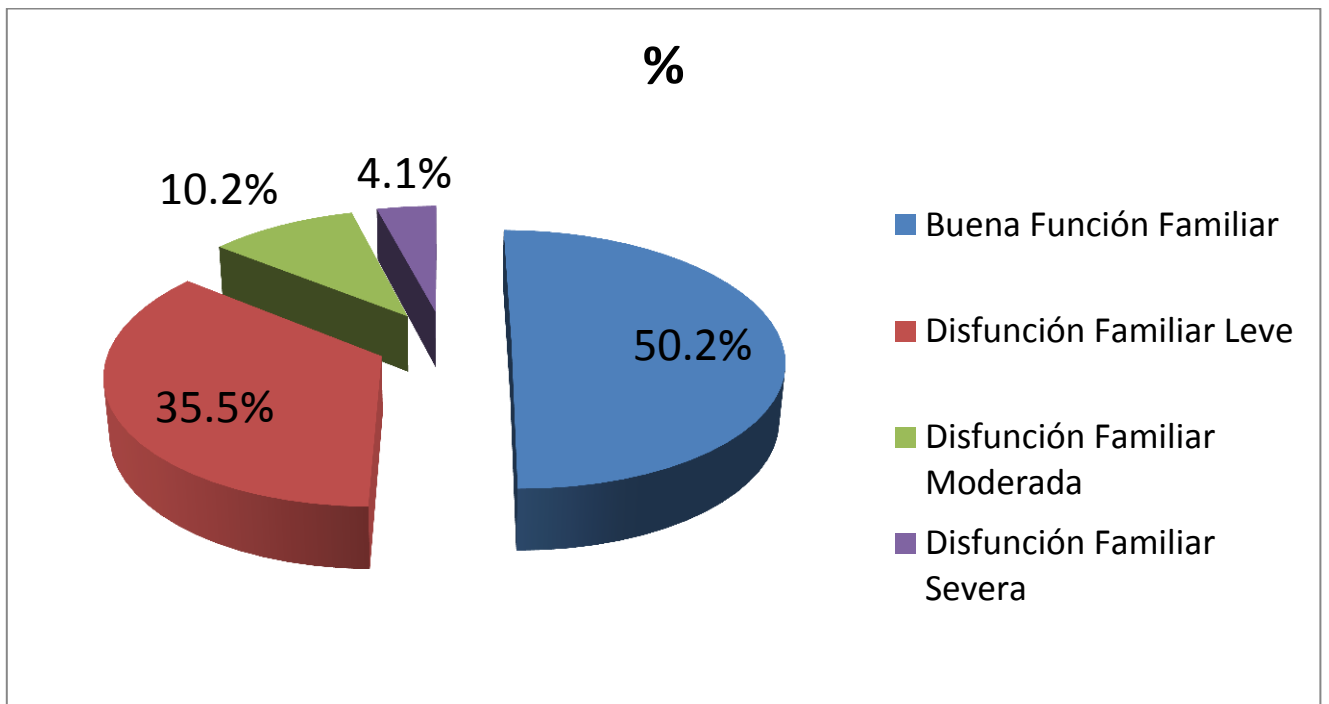
Nivel de Ansiedad	Soltero	Unión Libre	Casado	Divorciado	Viudo
Leve	5 (2.1%)	11 (4.4%)	85 (34.7%)	5 (2.1%)	10 (4.0%)
Moderado	2 (0.8%)	6 (2.5%)	27 (11%)	1 (0.4%)	5 (2.1%)
Grave	0	0	5 (2.1%)	0	1 (0.4%)
Total	7 (2.8%)	17 (6.9%)	117 (47.7%)	6 (2.4%)	16 (6.5%)

Grafica 10. Nivel de ansiedad por estado civil.



Por otra parte, se identificó buena función familiar en 123 casos que representa el 50.20% del total de la muestra, en contraste con 87 pacientes (35.51%) presentaron Disfunción Familiar leve, 25 pacientes (10.2%) presentaron Disfunción Familiar Moderada y 10 pacientes (4.1%) presentaron Disfunción Familiar Severa.

Grafica. 11 Funcionalidad o Disfunción Familiar en el paciente diabético.



Fuente: Encuesta realizada exporfeso en UMF 184.

DISCUSION.

Con referencia a un estudio realizado por Rivas Acuña, Valentina y cols, en Villa hermosa tabasco (2011), titulado “Prevalencia de Ansiedad y depresión en personas con Diabetes Mellitus tipo 2” se comprobó que las personas con DM presentan un grado de Ansiedad al conocer el diagnóstico, determinaron un estado de Ansiedad alto en 53% de la muestra estudiada y en un 47% un estado de ansiedad bajo⁽¹⁾; por lo que coincidió con nuestro estudio donde se identificó un nivel leve de ansiedad en un 47.4%; sin embargo contraste con el nivel el grave de ansiedad al identificarse en tan solo 2.4% de la muestra.

Por otra parte, Fabián San Miguel, M.G y cols (2010), efectuaron un estudio epidemiológico en la Ciudad de México, para “determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la Diabetes y Comorbilidades”. Ellos identificaron que en el 62% de la muestra estudiada no registro ningún síntoma de ansiedad y depresión, y en el 38% del resto de la muestra registro síntomas de ansiedad, depresión o una combinación de estas. Encontraron que de este total tal solo en un 8% prevalecieron síntomas de ansiedad, en contraste con un 24.7% de prevalencia de depresión.⁽²⁾ Al realizar el análisis comparativo con nuestro estudio podemos denotar que existe una discrepancia importante con la prevalencia de síntomas de ansiedad ya que el porcentaje encontrado en el estudio de Fabian, y cols, fue significativamente muy bajo en comparación con el nuestro donde se identificó ansiedad en el 66.5% del total de la muestra, independientemente del nivel encontrado.

En un estudio realizado en Guadalajara, México (2005), realizado por Colunga Rodriguez, C y cols, al cual titularon “Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005” con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas ansiedad y depresión en pacientes con DM tipo2, y su impacto sobre algunas variables sociodemográficas. Identificaron que en el 37% del total de la muestra no reportaron sintomatología ansiosa o depresiva, mientras que el 26% presento alguna reacción de ansiedad, el 30% presento síntomas de depresión media y 7 % depresión severa, por otra parte de los sujetos que presentaron algún síntomas de ansiedad o depresión 72% fueron del sexo femenino y 28 % del sexo masculino, más frecuente en mujeres que en hombres (con una relación 3:1). El grupo de edad más afectado es de 50 a 59 años; por estado civil predominio el casado con un 61% del total de pacientes que manifestaron sintomatología ansiosa o depresiva.⁽³⁾ Como podemos apreciar encontramos similitudes con otras poblaciones estudiadas como la edad, en donde existe una clara tendencia después de los 50 años la cual coincide con nuestro estudio de 50-59 años, por genero predominó el femenino con una relación 3:1 con el masculino, de la misma manera con el estado civil con una marcada prevalencia de la sintomatología ansiosa-depresiva en los sujetos casados.

Por su parte, Siqueira Perez Denise y cols. Realizaron un estudio de tipo descriptivo y exploratorio titulado “los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo2” con el objetivo de conocer las sensaciones y las reacciones emocionales, después de conocer el diagnóstico de Diabetes. La selección de las pacientes se llevó a cabo por conveniencia, incluyendo pacientes que cumplieron con los siguientes criterios: mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de al menos un año de diagnóstico, sin antecedente previo de enfermedad psiquiátrica. La edad de las mujeres que participaron vario entre 49 y 76 años. Los datos mostraron que al conocer el diagnóstico las entrevistadas experimentaron inmediatamente sentimientos y reacciones como rabia, tristeza, miedo y choque, lo que señala la existencia de conflictos psicológicos intensos que aumenta la vulnerabilidad a los síntomas de estrés, ansiedad y depresión.⁽⁴⁾ Al realizar análisis comparativo con nuestro estudio, encontramos la similitud con la edad, con frecuencia, mayores a 50 años, en las que se presentan sintomatología emocional, que de no ser abordadas de forma oportuna pueden desarrollar un trastorno de ansiedad y depresión.

En otro estudio realizado por Concha M. Rodríguez, en un Centro de Salud Familiar,, titulado “Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados” se determinó la relación entre funcionalidad familiar y la presencia de eventos descompensatorios en pacientes diabéticos e hipertensos, se les aplico el test de APGAR a 48 pacientes compensados y 70 descompensados, entre 55 y 64 años de edad. Los resultados obtenidos determinaron que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación del paciente portador de enfermedad cronicodegenerativa; siendo más susceptible de descompensación aquellos sujetos que provienen de familias con disfunción familiar moderada o severa, además es mayor en mujeres y en la patología crónica Diabetes.⁽⁵⁾ podemos denotar en relación con nuestro estudio la coincidencia del género mujer la que presenta mayor riesgo de descompensación, principalmente las diabéticas, lo que repercute directamente en la funcionalidad familiar. Sin embargo se observa una discrepancia en el grado de disfunción familiar, ya que en nuestro estudio prevaleció la disfunción familiar leve, no así en este estudio donde fue más frecuente la disfunción moderada y severa. Por otra parte, Zabala Rodríguez, R.y col. Realizaron un estudio denominado “Funcionalidad Familiar y Ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica” con el objetivo de describir la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, en una institución de salud de segundo nivel en ciudad Victoria, Tamaulipas. La muestra fue constituida por 97 adultos portadores de enfermedad crónica los cuales fueron acompañados por un familiar, se les aplico la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedman (E-EFF), y la escala de ansiedad-rasgo de Spielberg. Predominó el género femenino tanto en el grupo de familiares (77%) como en los pacientes participantes (66%), Con base en el nivel de funcionalidad familiar, el 91% de los pacientes manifestó que integran una familia funcional;. en relación con el grado de ansiedad detectado en los pacientes, el 92% presentó nivel moderado.⁽⁶⁾ En comparación con nuestro estudio existe similitud en relación a la

funcionalidad familiar, ya que en un alto porcentaje presento buena funcionalidad, y difirió en relación a el grado de ansiedad ya que en nuestro estudio predomino el grado leve de ansiedad. Es importante mencionar que en estudios previos y en el presente el género femenino es el predominante de presentar un nivel de ansiedad.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES.

1. Se identificó Ansiedad en un 66.5% del total de la muestra.
2. Se identificó Ansiedad en el paciente diabético de 20 a 69 años por género femenino en 70%, y masculino 30%.
3. Se identificó Ansiedad en el paciente diabético por grupo de edad con predominio en el grupo de 50-59 años en 35.9%, seguido del grupo de 40-49 años en 13%, 60-69 años en 10.2% y 30-39 años en 7.3%.
4. Se identificó Ansiedad en el paciente diabético por estado civil: en el paciente casado en 47.7%, unión libre en 6.9%, viudo 6.5%, soltero en 2.8% y divorciado en 2.4%.
5. Se identificó Ansiedad en el paciente diabético por escolaridad: secundaria 40.9%, Primaria 37.6%, preparatoria 13%, analfabeta 5.7% y Licenciatura 2.8%
6. Se identificó buena funcionalidad familiar en el 50.2% en el paciente diabético de 20 a 69 años, Disfunción familiar leve en el 35.5%, Disfunción familiar moderada en el 10.2% y Disfunción familiar severa en el 4.1%.

En el presente estudio observamos que la ansiedad es un entidad patológica muy común entre las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, posterior a conocer el diagnostico, ya que se presentó en diferentes grados hasta en un 66.5% del total de la muestra estudiada con predominio del nivel leve de ansiedad con un 47.4%, se identificó el nivel moderado en 16.7% y el nivel grave de ansiedad en 2.4%.

Al categorizar y analizar nuestras variables, logramos identificar la presencia de ansiedad en una gran proporción de nuestra muestra, con un predominio en el género femenino alcanzando el 70 % del total de los que indicaron presentar algún grado de ansiedad, siendo la edad más afectada de 50 a 59 años de edad con un 35.9% del total estudiado.

Por otra parte, logramos identificar que el estado civil más afectado con ansiedad fueron los casados, el cual se identificó en un 47.7%. sin embargo, la edad no muestra asociación con la escolaridad y estado civil , que condicione nivel mas elevado de ansiedad.

Es de importante relevancia el resultado obtenido en relación a la funcionalidad Familiar, ya que en una mayoría que represento más de la mitad de la muestra, es decir 50.2 % denotaron buena funcionalidad Familiar, al comparar con un 35.5% donde se identificó Disfunción Familiar leve, y en un 10.2% presentaron Disfunción Familiar moderada, y afortunadamente solo en un 4.1% se identificó Disfunción Familiar Severa, como repercusión de la ansiedad que se presenta al conocer el diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Los resultados mostraron que los comportamientos de las pacientes frente al diagnóstico de diabetes están asociados a una serie de reacciones emocionales que repercuten en la funcionalidad familiar, por lo que necesitan ser comprendidos por el equipo multidisciplinario responsable de su atención.

Es de vital importancia conocer este enfoque multidisciplinario, con tendencia preventiva integral, que nos disminuya factores de riesgo para presentar la enfermedad (Diabetes Mellitus) , ya que en base a los resultados obtenidos, en el presente estudio, sabemos la predisposición a presentar ansiedad en cualquiera de sus niveles tras conocer el diagnóstico, lo que puede llegar a repercutir de forma negativa sobre la dinámica familiar, condicionando riesgo de Disfunción Familiar, que a su vez condicione un pobre o nulo apego terapéutico del paciente.

Lo cual parece lejano en nuestras unidades de medicina familiar, debido a que no existen en estas clínicas, profesionales de la psicología, que lleven a la práctica estrategias de evaluación, intervención y seguimiento, en pacientes que presenten algún nivel de ansiedad en pro de una atención integral, y aunque en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se reconoce la importancia de la atención psicológica en la diabetes, los psicólogos y psiquiatras, se ubican principalmente en segundo y tercer nivel atención y resultan insuficientes para atender a toda la población que requiere de estos servicios especializados. Además de que se debe identificar aquellos casos en los cuales se debe realizar el envío al nivel y servicio especializado para la prescripción, en caso de que se requiera, de terapia farmacológica complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enríquez, R., y Román, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, Vol. 17, No. 1 y 2, 30-35.
2. Fabián, M., García, M., y Cobo, C. (2010). 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. *Medicina Interna de México*, 26 (2), 100-108.
3. Colunga, C., García, J., Salazar, G., y Ángel, M. (2008). Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México, 2005. *Revista de Salud Pública*, 10 (1),
4. Salazar, J., Guerrero, J., Colunga, C., y Figueroa, N. (2009). Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-2007. *Correo Científico Médico de Holguín*, 13 (3)
5. Siqueira, D., Franco, L., y Santos, M. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 16 (1)
6. Concha, M.,Rodríguez, C.,(2010) Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e Hipertensos compensados y descompensados.Chillan, Chile. *Theoria*, 19 (1), 41-50
7. Zavala, M., Rios, M., García,G. (2009). Funcionalidad familiar y Ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3),257-270
8. Organización Mundial de la Salud. (2012). Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs312/es>.
9. American Diabetes Association (2010). Diabetes Mellitus: clasificación y diagnóstico. *Diabetes care*, 33 (1), 62-69.
10. Organización Mundial de la Salud. (2012). Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs312/es>.
11. Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (2005). Prevalencia e Interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México. Artículo de Cardiología México 2005, 76:61
12. Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS, (sede web). Ciudad de México, Secretaría de Salud, actualizada 2011. Consulta del 20 /julio/2011
13. Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994. Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria. Publicado el en diario Oficial de la Federación con fecha 07 de Abril de 2000.
14. Hernández, A., Elnecavé, A., Huerta, N., y Reynoso, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud pública de México*, 53 (1), 34-39.
- 15 Méndez, A., Méndez, J., Tapia, T., Muñoz, A., y Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Publicación oficial de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante, 31 (1), 7-11.
16. Gil, L., Sil, M., Domínguez, E., Torres, L., y Medina, J. (2013).Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Institucional México Seguro Social*, 51 (1),104-119

17. American Diabetes Association (2014). Medicina Interna. Diabetes: criterios actuales para el diagnóstico de diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 376 (1), 5-13.
18. Fabián, M., García, M., y Cobo, C. (2010). 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. *Medicina Interna de México*, 26 (2), 100-108.
- 19 Gerhard, M., Camacho, P. (2010). Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, 2010.
20. Bastida, A. (2010). Miedos, ansiedad y fobias, diferencias, normalidad o patología. *Psicología online*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/infantil/miedos-ansiedad-y-fobias.shtml>
21. Ansiedad,2011.
<http://ansiedadneurofisiologia.blogspot.mx/2011/11/ansiedad.html>
22. Ansiedad,2011.
<http://ansiedadneurofisiologia.blogspot.mx/2011/11/ansiedad.html>
23. Reyes, J. (2005). Trastornos de ansiedad. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de Ansiedad. Recuperado <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
24. El informador, México, 2008. El 20% de la población mundial padece ansiedad. Recuperado. <http://www.informador.com.mx/jalisco/2008/8466/1/el-20-de-la-poblacion-mundial-padece-ansiedad.htm>
25. Garrido, J. (2013). Medir la ansiedad con el inventario de Beck.
<http://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>
26. Garrido, J. (2014). Estudio de Psicoanálisis y Psicología
<http://psicopsi.com/inventario-de-ansiedad-de-Beck>
27. Membrillo-Luna A. Fernández-Ortega M.A, Quiroz-Pérez J.R, Rodríguez-López J.L. amilia Introducción al estudio de sus elementos. ETM. México 2008. p 56-58
28. Arce J.L. Adulto Mayor: aspectos psicoafectivos del envejecimiento. Consultado en febrero 2009. 9 cuartillas. Disponible en <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>
29. (2012, 05). Funcionalidad Familiar. *BuenasTareas.com*. Recuperado 05, 2012, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Funcionalidad-Familiar/4079214.html>
30. Alegre, Y.,Suarez, B.,(2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *Rampa*, 1(1): 48-57
31. Definición de edad: <http://wwwdefinicion.de/edad/>
32. Definición de ansiedad (2014). <http://definicion.de/ansiedad/>
- 33 Definición de escolaridad y género: <http://www.wordreference.com/definicion>
34. Concepto de estado civil. Deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil
35. Ley General de Salud. 2007.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

CAPÍTULO 5

ANEXOS.

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

(ADULTOS)

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Ansiedad y Funcionalidad Familiar en el paciente diabético tipo2 con diagnostico menor a 6 meses en una Unidad de Seguridad Social.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Cuautitlán Izcalli Estado de México. De septiembre de 2014 a septiembre de 2015.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Establecer la ansiedad en pacientes con diabetes mellitus menor a 6 meses diagnóstico
Procedimientos:	Utilización de cuestionario de Beck y test de Apgar Familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Dedicar algunos minutos de su tiempo en la contestación de los cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar presencia de ansiedad y funcionalidad familiar en diabetes mellitus , para otorgar un manejo integral oportuno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se darán a su médico adscrito, para realización de un envió a segundo nivel, de acuerdo al grado de ansiedad, encontrado en el estudio.
Participación o retiro:	Voluntario por el paciente.

Privacidad y confidencialidad: Garantizada por el investigador, por normas y procedimientos éticos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Maricela Tlapa Cruz. Tel. 5543918295. Correo: docmaricelatlapa@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.62.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

ANEXO NO. 2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

		<i>EN ABSOLUT O(0)</i>	<i>LEVEMEN TE(1)</i>	<i>MODERADAME NTE(2)</i>	<i>SEVERAMEN TE(3)</i>
1	HORMIGUEO O ENTUMECIDO				
2	SENSACION DE CALOR (ACALORADO)				
3	TEMBLOR EN LAS PIERNAS				
4	INCAPACIDAD PARA RELAJARSE				
5	CON TEMOR A QUE SUCEDA LO PEOR				
6	MAREOS				
7	LATIDOS DEL CORAZON FUERTES Y ACELERADOS (TAQUICARDI)				
8	SENSACION DE INESTABILIDAD O INSEGURIDAD				

	FISICA				
9	ATEMORIZADO O ASUSTADO				
1 0	NERVIOSO				
1 1	CON SENSACION DE BLOQUEO				
1 2	CON TEMBLOR DE MANOS				
1 3	TEMBLORES GENERALIZAD OS, INQUIETO O INSEGURO				
1 4	CON MIEDO A PERDER EL CONTROL				
1 5	DIFICULTAD PARA RESPIRAR				
1 6	CON TEMOR A MORIR				
1 7	CON MIEDO				
1 8	CON PROBLEMAS DIGESTIVOS				
1 9	CON DESVANECIMI ENTOS				

2 0	CON RUBOR FACIAL				
2 1	CON SUDORES FRIOS O CALIENTES				

ANEXO 3: TEST PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA (APGAR FAMILIAR)

Instrucciones: Lea cada función y marque con una cruz la respuesta que considere.

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

ANEXO NO. 4 Dictamen SIRELCIS

SELECT id,vigente,clis_ alternativo from catalogo_cliéis where vigente != 'Activo' and id=1408

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1408
U MED FAMILIAR NUM 64, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 13/10/2014

DRA. MARICELA TLAPA CRUZ

PRESENTE

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

ANSIEDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON DIAGNOSTICO MENOR A 6 MESES EN LA UMF 184 DEL IMSS.

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

Núm. de Registro

R-2014-1408-26

ATENTAMENTE

DR.(A). ANA ELIA MIRANDA CONSTANTINO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1408

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL