



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61  
CORDOBA VERACRUZ

PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
DIABETICOS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LIDIA CRUZ RIVERA

CORDOBA, VERACRUZ

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
DIABETICOS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. LIDIA CRUZ RIVERA

AUTORIZACIONES:

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS

DR. JORGE MARTÍNEZ TORRES  
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS E INVESTIGACIÓN

DRA. LETICIA HERNANDEZ CRUZ  
MAESTRA EN CIENCIAS MEDICAS E INVESTIGACION

ASESOR DEL TEMA DE TESIS:

DR. JORGE MARTÍNEZ TORRES  
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS E INVESTIGACIÓN

CORDOBA, VERACRUZ

2006



PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
DIABETICOS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. LIDIA CRUZ RIVERA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDRAZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M



PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
DIABETICOS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

AUTOR:  
LIDIA CRUZ RIVERA  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DRA. GLORIA ESTELA GARCÍA DÍAZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
CÓRDOBA, VERACRUZ

DR. JOSÉ ANTONIO MATA CANCINO  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD.  
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

<b>Índice</b>	<b>pagina</b>
<b>Índice</b>	<b>V</b>
<b>Resumen</b>	<b>VI</b>
<b>1. Marco teórico</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Antecedentes científicos.</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Planteamiento del problema</b>	<b>24</b>
<b>1.3 Justificación</b>	<b>25</b>
<b>1.4 Objetivos</b>	<b>26</b>
<b>1.5 Hipótesis</b>	<b>27</b>
<b>2. Material y métodos.</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Tipo de estudio</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Diseño de la investigación</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Población, lugar y tiempo</b>	<b>28</b>
<b>2.4 Tamaño De La Muestra</b>	<b>29</b>
<b>2.5 Criterios de selección</b>	<b>30</b>
<b>2.6 variables tipo y escala de medición</b>	<b>31</b>
<b>2.7 Operacionalización de las variables</b>	<b>31</b>
<b>2.8 Instrumentos</b>	<b>38</b>
<b>2.9 Procedimiento</b>	<b>40</b>
<b>2.10 Análisis estadístico</b>	<b>41</b>
<b>2.11 Cronograma de actividades</b>	<b>42</b>
<b>2.12 Logística.</b>	<b>43</b>
<b>2.813 Ética</b>	<b>44</b>
<b>3. Resultados</b>	<b>45</b>
<b>4. Discusión</b>	<b>70</b>
<b>5. Conclusiones</b>	<b>72</b>
<b>6. Referencias</b>	<b>74</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>81</b>

## **Resumen.**

**Palabras claves:** *psicopatología, diabetes mellitus dos, funcionalidad familiar.*

Objetivo general: Determinar la prevalencia de psicopatología y funcionalidad familiar en diabéticos tipo dos en control en el primer nivel de atención.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo, se estudio una muestra de 200 pacientes diabéticos tipo 2 en control en una unidad de medicina familiar, que cumplieron los criterios de selección (en control de al menos un año, que sepan leer y escribir, de 20 a 59 años y 11 meses) previo consentimiento informado, se les aplicaron tres cuestionarios, uno que mide variables sociodemográficas y validado, el cuestionario general de salud GHQ 12 que mide psicopatología, el APGAR FAMILIAR que mide la auto percepción de funcionalidad familiar, los datos se capturaron en una base de datos del programa dbase, se realizó análisis estadístico univariado y bivariado.

Resultados: se encuestó una muestra de 200 diabéticos tipo 2 con una media de edad 53 años +-9, de media de escolaridad de 5.18 +-3.9, razón por sexo 2 mujeres /1 hombre, el 58% estaban casados, el 80% son de nivel socioeconómico bajo y menos. El promedio de glucosa fue de 197+-74, la frecuencia de psicopatología fue del 74%.

Se encontró correlación negativa entre el puntaje total del GHQ y la funcionalidad familiar rho de Pearson -.478 ( $p < .001$ ), correlación negativa entre GHQ y escolaridad (rho de -.247 Pearson  $p < .001$ ).

Conclusiones: Los resultados obtenidos nos hablan de que se debe prestar atención inmediata al control metabólico (promedio de glucosa sanguínea), así como a la salud mental de los paciente con padecimientos crónicos degenerativos.

## **1. Marco teórico.**

### **1.1 antecedentes científicos**

#### Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica crónica degenerativa de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas <sup>1, 2,3</sup>.

El diagnóstico de diabetes mellitus se establece con cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dl, glucemia plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl o bien glucemia mayor o igual a 200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 gr. de glucosa disuelta en agua. El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por ésta enfermedad o por sus complicaciones. Entre los criterios para evaluar el grado de control metabólico de los pacientes diabéticos se encuentran los siguientes, la glucemia en ayunas (bueno = <110 mg/dl, regular = 110-140 mg/dl, malo > 140 mg/dl), la glucemia postprandial de 2 hrs. que debe ser menor a 140 mg/dl, el colesterol total menor de 200 mg/dl, los triglicéridos en ayuno menor de 150 mg/dl, colesterol HDL > 40 mg/dl, PA < 120/80 mmHg, IMC < 25 y HbA<sub>1c</sub> < 6.5 % mg/dl <sup>1,4</sup>.



Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años la padece y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene <sup>5</sup>. En nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas <sup>5,6</sup>. La mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general <sup>7</sup>. La diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal, las cuales impactan de manera importante en la funcionalidad familiar <sup>1, 4,5</sup>. Aplicando los criterios diagnósticos descritos se ha encontrado una mayor prevalencia de diabetes mellitus hasta del 10.5 %, específicamente en España <sup>4</sup>.

En la década de los sesenta la prevalencia estimada por la OMS. Indicó que 2% de los mexicanos eran diabéticos (Quibrera 1994) (6). En 1979 la diabetes mellitus tipo 2 se identificó en 17% de una población de México americanos de 45 a 74 años que radicaban en Laredo, Texas. En 1990 el IMSS informó que en su población la diabetes ocupó el primer lugar de morbilidad, el tercero en demanda de consulta, sexto en incapacidades y quinto en mortalidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia para la población de 20 a 60 años fue de 6.7%. De éste grupo 68.7% tenía diagnóstico previo de diabetes y en 31.3% se hizo el hallazgo, lo que indica que dos tercios del total de diabéticos son conocidos. La mortalidad por diabetes en 1976 ocupó el 7.5 % del total de muertes, en 1993 alcanzó el 13%. La mortalidad hospitalaria aumentó de 2% en 1977 a 6% en 1984. La letalidad

total por diabetes es de 9% que corresponde a complicaciones renales, se eleva cuando es por cetoacidosis al 23% o por coma hiperosmolar al 43% <sup>7, 8,9</sup>.

En las Américas alrededor de 35 millones padecen diabetes, las proyecciones indican que en el 2025 la cantidad de personas con diabetes ascenderá a 64 millones, de los cuales 40 millones corresponden a América latina y el Caribe que corresponde a un 62% <sup>10</sup>. En México es la tercera causa de mortalidad general registrada en 1998, con 41832 defunciones que corresponde a un 9.4% y una tasa de 43.3. El 14.68% de las muertes ocurre en personas mayores de 45 años y en mayor porcentaje en hombres que en mujeres. La prevalencia es del 8% en México para mayores de 15 años, del 10% para mayores de 30 años y 33% para mayores de 35 años <sup>9</sup>.

A pesar de los grandes avances que se van produciendo, los cuidados inadecuados de los pacientes con diabetes mellitus sigue siendo un gran problema ya que repercute en su control metabólico lo que la lleva a ser la enfermedad crónico degenerativa que sigue ocupando lugares importantes en la morbilidad y mortalidad mundial y nacional, ya que son personas que distan mucho de alcanzar niveles aceptables de control, por lo que las complicaciones, así como su morbilidad y mortalidad sigue siendo un problema preocupante <sup>11,12,13</sup>.

En México se considera que el 8 al 10 % de la población padece éste problema de salud. Un buen control metabólico debido a un buen tratamiento integral se asocia a una buena percepción de la salud por parte del paciente lo que eleva en forma positiva la calidad de vida de éstos pacientes. Las buenas relaciones familiares, sobre todo las maritales influyen de manera importante en la adaptación psicológica a la enfermedad y en el control glucémico de individuos con diabetes <sup>7, 12,14</sup>.

Problemas psicosociales.

Para la Organización Mundial de la Salud, la Salud Mental corresponde a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Para algunos autores parece más adecuado hablar de bienestar psicosocial que de salud mental, ya que este nuevo concepto incluye el estado de salud física o ausencia de enfermedad como indicador de desarrollo y bienestar, pero no se agota allí: supone la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades, respetando los principios de equidad en relación con los otros miembros de la comunidad y respetando su entorno <sup>15,16</sup>.

Los médicos de familia se encuentran a diario con pacientes que presentan un amplio espectro de problemas de salud, pues son la puerta de entrada al sistema sanitario. Muchas veces resulta complicado hacer un diagnóstico y, con frecuencia, el profesional se enfrenta a diversos grados de incertidumbre. Como señala Stephens, el paciente forma parte de varios sistemas sociales y para conocerlo realmente es necesario entender su situación personal, familiar y social de la manera más completa posible <sup>17</sup>.

Entre los motivos de consulta, por su frecuencia e implicaciones diagnósticas y terapéuticas, se encuentran los denominados problemas psicosociales (PPS), que De La Revilla definió «como las situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición, en los individuos afectados, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicósomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros <sup>17</sup>.

Higgins afirma que cerca de la mitad de los PPS permanecen desconocidos en la consultas de primer nivel. En la práctica diaria, los pacientes no consultan directamente por sus PPS, y es difícil para el médico encontrar indicios que los sugieran en las demandas que se le plantean <sup>17</sup>.

El médico de atención primaria a diferencia de otros profesionales de la salud no recibe a sus pacientes catalogados previamente, sino que acuden por síntomas orgánicos, psíquicos o psicósomáticos sin revelar la mayoría de las veces existencia de estrés social o conflictos familiares. La frecuencia de psicopatología en pacientes con enfermedades crónicas como lo es la diabetes mellitus, se incrementa por el peso de la patología, como reportan Estupiñán y Garduño en 1998 en pacientes diabéticos que presentaron mayor presencia de depresión (46 %) <sup>17,18</sup>.

Como instrumento de cribado del malestar psíquico o psicopatología se han utilizado diversos cuestionarios pero el mas utilizado en sus diferentes versiones es el Cuestionario General de Salud, en la actualidad se utiliza la versión GHQ-12 (GHQ 12), el cual está diseñado para detectar riesgo de enfermedad mental no psicótica ni orgánico-cerebral y es aplicable al trabajo clínico, encuestas de población o estudios longitudinales <sup>19,20</sup>.

Consta de doce preguntas con cuatro alternativas cada una, de las cuales tienen un puntaje igual a cero [0], uno (1), dos (2) y tres (3) puntos cada una. De esta manera, el puntaje mínimo y máximo posibles son cero [0] y treinta y seis [36] respectivamente. Se eligió este instrumento porque permite ser aplicado a un grupo importante de personas en un tiempo limitado, porque es de fácil comprensión para el entrevistado y que está

validado en Chile. Se acepta un puntaje mayor o igual a 14 como de riesgo para patología emocional <sup>21</sup>.

Cuestionario General de Salud versión corta (GHQ-12)

Trabajos donde se ha utilizado el GHQ-12.

Cano (2001) estudió un grupo de 131 adultos mayores utilizando tres instrumentos de medición que se utilizaron para realizar un escrutinio en primer nivel de atención encontrando que las tres mediciones fueron capaces de discriminar entre casos y no casos de desordenes psiquiátricos, la correlación entre el GHQ-12 y el SCL-10 fue de .87 ( $P < .001$ ) y el con el PRIME-MD fue de .54 ( $P < .001$ ) <sup>22</sup>.

Evans (2004) evaluó la salud mental en el primer nivel de atención usando 2 escalas estandarizadas: el GHQ-12 y SIS-R, estudió 139 pacientes, aceptando participar en el estudio solo 98. Encontró que el GHQ-12 detecto 38 casos en entrevista personal y 40 por teléfono y hubo una discordancia en 12 para una kappa de .75 <sup>23</sup>.

Cano (2003) Estudió 137 pacientes en su mayoría masculinos atendidos en un hospital de veteranos, evaluando la relación entre el soporte familiar, salud percibida y distress psicológico; encontrando que el soporte familiar y la percepción familiar fueron respectivamente asociados con síntomas psicológicos <sup>24</sup>.

EL-Rufaje (1999) estimó la prevalencia de desordenes mentales y desordenes psicológicos en pacientes que recibieron atención en el primer nivel de atención en el sistema de salud de Arabia, se estudiaron 644 pacientes identificando 50 como casos con el GHQ-12 <sup>25</sup>.

Caraveo (1998) estudió la validez del GHQ-12 como criterio externo de la entrevista internacional diagnóstica compuesta (CIDI) en una muestra de 488 pacientes, el instrumento tuvo una especificidad de 75% y una sensibilidad de 69% <sup>26</sup>.

García (1999) validó el GHQ-12 en 237 pacientes cubanos, con un promedio de escolaridad de 9 años. Obtuvo una consistencia interna de .89 (alpha de Cronbach) una validez concurrente de .92 con el BECK y el IDARE de .85 <sup>27</sup>.

Fullerton (2003) describió el nivel de psicopatología de los pacientes internados en distintos servicios de un hospital general en Chile. Estudió una muestra de 297 pacientes, de ellos el 46% tuvo un puntaje de 5 y 6 puntos. Estos valores no tuvieron asociación con el sexo, la edad, el estado civil, ocupación o el tipo de servicio en el hospital; el 46.4% tuvo un nivel significativo de sintomatología psiquiátrica <sup>21</sup>.

Piccinelli (1993) midió la confiabilidad y validez de la versión italiana del GHQ-12 en una muestra de pacientes del primer nivel de atención, tomando como estándar de oro a la cedula de entrevista clínica SIS, encontrando una sensibilidad del instrumento de 61% a 65%. La confiabilidad prueba re prueba fue de .81 a .84 <sup>28</sup>.

Ten Brinke (2001) estudió una muestra de 98 pacientes asmáticos para determinar si la presencia de patología disminuía el control del asma; aplicando el GHQ-12 con un punto de corte mayor o igual a 6, para el caso y no caso con una prevalencia de psicopatología de 21% <sup>29</sup>.

Politi (1994) estudió la consistencia interna, la validez y los factores estructurales del GHQ-12 en una muestra de pacientes italianos de 18 años y más reportando una confiabilidad de .81 (Alpha de Cronbach) <sup>30</sup>.

Mari (1985) midió la validez del GHQ-12 en una muestra de pacientes brasileños comparando su instrumento con el SRQ-20 la correlación producto momento entre los dos instrumentos fue de 0.72 y el coeficiente de validez para el GHQ-12 y el SRQ-20 fue respectivamente de sensibilidad 85 y 83%, y de especificidad 79 y 80% <sup>31</sup>

Van Hemert (1995) evaluó la exactitud del cuestionario general de salud para detectar desordenes psiquiátricos en 290 pacientes atendidos en medicina general a los cuales se les aplico tres versiones del cuestionario general de salud la 60, la 30 y la 12, no encontró diferencia en la capacidad discriminatoria de las 3 versiones <sup>32</sup>.

Hardy (1999) estudio una muestra de 551 pacientes de servicio nacional de salud ingles validando el GHQ-12 y buscó el punto de corte para el caso y no caso usando como estándar de oro la cedula de entrevista clínica encontrando una correlación convergente de .70 y un punto de corte de  $\frac{3}{4}$  <sup>33</sup>.

Comino (2001) estudio 4751 pacientes del primer nivel de atención de salud pertenecientes al sistema de salud italiano buscando la influencia del origen étnico en la presencia de ansiedad y depresión, encontrando que los pacientes de origen asiático tuvieron menores promedios del GHQ-12 (2.04) comparadas con el de los aborígenes australianos (2.54) <sup>34</sup>.

Sartorius (1993) nos describe un estudio multicentrico en donde se evalúa frecuencia de los problemas psicológicos en pacientes vistos en una unidad de primer nivel de atención de 15 diferentes lugares del mundo. El estudio se dividió en dos etapas en la primera etapa el GHQ-12 se aplicó a 26422 pacientes de 18 a 75 años y de ellos se identificaron como casos 5604 <sup>35</sup>.

Papassotiropoulos (1997) evaluó el impacto de la edad y el deterioro cognitivo en la ejecución del GHQ-12 en una muestra de 400 objetos. Encontrando que este instrumento es aplicable a sujetos mayores a 65 años su ejecución es comparable en diferentes grupos de edad. El daño cognitivo mínimo no influye en la ejecución del GHQ-12 <sup>36</sup>.

Jacob (1997) validó el GHQ-12 en pacientes inglesas de origen hindú obteniendo una sensibilidad y especificidad de 96 y 90% <sup>37</sup>.

Plumer (2000) aplicó el GHQ-12 a 1710 pacientes estadounidenses encontrando una prevalencia de distress psicológico de 36% <sup>38</sup>.

Familia:

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año de 1970, define el concepto de familia por intermedio del documento M número 44, como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Ackerman en 1974 la define como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud <sup>39,40</sup>.

El censo canadiense la define como el esposo y esposa con o sin hijos, o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. The United States Census Bureau la define como cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción. Le Play-Proudhon dice que es la célula básica de la sociedad. La definición internacional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos



lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar. La familia es el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva <sup>40</sup>.

El ciclo vital de la familia es el curso del desarrollo de la familia, éste pasa por diferentes etapas de transición predecibles, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros y por consiguiente de la familia. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de la familia, desde su formación hasta su disolución. Este ciclo se ha distribuido para su estudio, en cuatro etapas, conformadas a su vez, por varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar y a continuación se describen <sup>40</sup>.

Ciclo vital de la familia.

I. Etapa constitutiva: momento en que la pareja adquiere el compromiso de vivir juntos, aunque no necesariamente independientes de sus familias de origen.

1. Fase preliminar (noviazgo): aquí se sientan las bases de lo que será la vida futura en pareja.
2. Fase de recién casados (sin hijos): la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus familias de origen. Efectúan negociación de reglas y

llevan a cabo su ajuste sexual, aquí es importante la regulación de la natalidad así como evaluación de intereses y valores de cada uno.

II. Etapa procreativa: se inicia la expansión del grupo familiar ya sea por embarazo o adopción de los hijos, incluye su crianza y desarrollo en sus primeros años. Los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres, aquí ocurre la consolidación de la familia y se inicia la apertura hacia el exterior. En edad escolar se abordan aspectos como el ingreso a la escuela, el incremento y facilitación de la socialización, orientación sobre sexualidad y adicciones, estimulación de responsabilidad y logros escolares, orientación sobre sexualidad y adicciones.

3. Fase de expansión (crianza inicial de los hijos).

a) Nacimiento del primer hijo (hijo mayor: del nacimiento a los 30 meses).

b) Familia con hijos preescolares (hijo mayor: de 2.5 a 6 años).

4. Fase de consolidación y apertura.

a) Familia con hijos escolares (hijo mayor: de 6 a 13 años).

b) Familia con hijos adolescentes (hijo mayor: de 13 a 20 años).

III. Etapa de dispersión: los padres deben de facilitar la independencia de los hijos para ayudar a convertirlos en seres productivos para su propio grupo social.

5. Fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos).

IV. Etapa familiar final: en la cual la pareja debe de hacer ajustes para adaptarse o enfrentar las fases críticas por las que debe pasar.

6. Fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro).

7. Fase de disolución.

- a) Familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges).
- b) Viudez (hasta la muerte del miembro restante).

El ciclo vital de la familia tiene un inicio, un desarrollo y un ocaso, siguiendo un patrón similar al ciclo del ser humano. Así tenemos que Geyman en 1980 propone un esquema para determinar las fases por las que pasa ésta unidad llamada familia, es el utilizado con mayor frecuencia en México y consta de 6 fases: de matrimonio, de expansión, de dispersión, de independencia y fase de retiro y muerte <sup>41</sup>.

Es importante conocer también el concepto de salud familiar ya que ésta impacta positivamente a la prevención y control de enfermedades. La salud familiar es la homeostasis biológica y psicoafectiva para continuar o generar acciones tendientes a cumplir las funciones básicas como afecto, cuidado, reproducción, socialización y estatus <sup>40</sup>.

Un concepto de salud familiar incluye el estado de salud física y mental individual y el nivel de interacción entre los miembros de la familia, al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital, y por lo tanto, como un continuo. Conceptualmente se define como la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones sociales, dentro de las cuales está incluida la formación de individuos sanos

física y psíquicamente. El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables, como el control de la diabetes <sup>42</sup>.

Funcionalidad Familiar.

Se entiende por funcionalidad familiar a los cambios trascendentales para una respuesta básica a la amenaza de supervivencia moral, biológica, con el fin de preservar la salud mental y la estructura social. Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa <sup>43,40</sup>.

Se entiende por disfuncionalidad familiar a las situaciones cuando no se respetan los límites y no se cumplen los roles entre los miembros de cada subsistema familiar.

También cuando hay problema de interrelación y la familia está en crisis <sup>43, 44,40</sup>.

Por todo lo anterior es importante la evaluación de la funcionalidad familiar. Ante cualquier circunstancia que sea evidente de una disfunción familiar el médico necesita llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad de la familia. Hay modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico dada su complejidad, extensión o limitación. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes <sup>40</sup>.

- Índice de función familiar (Pless y Satterwhite) que consta de 32 reactivos y se utiliza para el estudio del núcleo familiar en el niño con trastornos psicológicos crónicos y es limitado para su uso generalizado <sup>45</sup>.
- Escala de Evaluación Familiar (Beavers y Timberlawn) que ha sido empleada con éxito en estudios psiquiátricos para evaluar la conducta familiar con el

propósito de cuantificar y clasificar los modelos interaccionales en familias incestuosas <sup>45</sup>.

- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott) la cual se basa en tres fuentes de información: I- Aspectos del desarrollo familiar. II- Disfunción de los subsistemas familiares. III- Disfunciones de la familia como sistema <sup>46</sup>.
- Guía de McMaster provee una visión global de la familia como sistema y es de compleja evaluación.
- Escala de Holmes (Thomas Holmes) que es un test donde se da un determinado valor a cada evento de la vida que son causa de estrés y cuya gravedad en orden decreciente es inversamente proporcional al valor dado.
- Modelo psicodinamico-sistémico de evaluación familiar (Salinas et al): evalúa la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeneracional.
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel et al) que es un instrumento de alta confiabilidad y que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son y consta de 40 preguntas.
- Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton) es un método gráfico, breve y útil para obtener datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios miembros de la familia.
- FACES (David H. Olson) que es un modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, es ampliamente usado para evaluar el funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar <sup>45</sup>.

- APGAR - FAMILIAR (desarrollada por Smilkstein en 1978) instrumento que se describe a continuación.

### Apgar Familiar

La salud familiar se puede medir, enfocándose a la capacidad de la familia para adaptarse y superar la crisis de salud de sus integrantes con sus propios recursos internos. Para evaluar la salud familiar se han encontrado útiles 5 componentes que son valorados a través de 5 ítems en el instrumento llamado Apgar – Familiar y son los siguientes: <sup>47</sup>

- Adaptabilidad: (Adaptation) capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene usted un problema?
- Participación: (Partnership) capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlo. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?
- Gradiente de crecimiento: (Growth) capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
- Afecto: (Affection) capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar emociones como afecto, amor, pena o rabia. ¿Siente que su familia lo quiere?

- Resolución: (Resuelve) capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo el tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?

Estos ítems tienen una puntuación de acuerdo a tres tipos de respuesta que pueden ser casi nunca (0 puntos), a veces (1 punto) o casi siempre (2 puntos) y de acuerdo al valor dado se ubican en una de las clasificaciones de funcionalidad familiar que pueden ser disfunción grave (0-3 puntos), disfunción moderada (4-6 puntos) o familia funcional (7-10 funcional).

El equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, por lo cual se recomienda recoger información que sirva de apoyo para conocimiento y comprensión de las crisis familiares <sup>48</sup>. EL Apgar-Familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, se han hecho estudios a nivel mundial y nacional donde validan éste instrumento, algunos con confiables resultados <sup>49</sup>.

No se debe olvidar que el Apgar-familiar es una medida subjetiva de la función familiar aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar, que para fines prácticos es ésta percepción la que influye de manera importante en el estado de salud del paciente <sup>45</sup>.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado, e igualmente con estimativos de función familiar

hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89). Después de esta validación inicial, el APGAR familiar, se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor del APGAR familiar a incluir en su evaluación, el apoyo que brindan las amistades. En diversos estudios de la Universidad del Valle, se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes entidades del embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias <sup>50</sup>.

En España Bellon y colaboradores analizaron la validez y fiabilidad del apgar familiar en un estudio transversal en un centro de salud encontrando un alpha de Cronbach de 0.84, concluyendo que el instrumento es útil y confiable <sup>51</sup>.

La relación entre funcionalidad y psicopatología en pacientes con padecimientos crónicos como la diabetes mellitus no ha sido estudiada, solo se tienen reportes entre la funcionalidad familiar y el control metabólico o entre el control metabólico y la depresión

15,19.



## **1.2 Planteamiento del problema:**

El estudio del malestar psíquico o psicopatología se inicia en diferentes países de habla anglosajona desde 1970 al observar que en los diferentes niveles de atención médica, se presentaban a solicitar atención ya sea en consulta externa u en hospital pacientes con diferentes patologías orgánicas pero que además presentaban patologías de su esfera psíquica que no habían sido diagnosticadas o pasaron desapercibidas, las cuales ocasionaban que el paciente se recuperara más lentamente de su patología por la cual acudió a demandar atención médica.

La frecuencia de psicopatología en países de habla anglosajona y en países de América Latina es de aproximadamente del 20 al 23 %. Para México Medina Mora y Caraveo reportan una prevalencia del 20 % en la ciudad de México. Se considera que la presencia de psicopatología modifica la manera como el portador de patologías enfrenta las mismas<sup>26, 51, 52</sup>.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

Cual es la prevalencia de psicopatología y funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención.

### **1.3 Justificación:**

Desde 1980 en el mundo y en México específicamente con Caraveo y Medina Mora se inicio la medición de la sicopatología o malestar psíquico en unidades de atención primaria reportando una frecuencia de sicopatología del 20 al 30 % dependiendo del tipo de población medida (Padilla 1984, Martínez 1983, Caraveo-Anduaga 98). La presencia de la misma en la población que es atendida en la consulta externa potencializa la manera como enfrentan los pacientes sus patologías A su vez la medición de la funcionalidad familiar en el primer nivel de atención es la base de la especialidad de Medicina familiar <sup>26, 51, 52,</sup>

Estos dos constructos anteriormente mencionados se utilizan para la medición de la utilización de los servicios de salud.

Sin embargo la relación entre la sicopatología y la funcionalidad familiar no se ha medido en las unidades de atención primaria. La Unidad de Medicina Familiar No 63 se considera de características semejantes en lo general con las unidades de primer nivel de atención de la Delegación Regional Veracruz Sur. .

Debido a este hecho se plantea: Determinar la prevalencia de psicopatología y funcionalidad familiar en derechohabientes diabéticos en control en la unidad de medicina familiar No. 63 de la Delegación Regional Veracruz Sur.

#### **1.4 Objetivos de la investigación.**

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de psicopatología y funcionalidad familiar en diabéticos tipo 2 en control en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

1. Determinar las características de tiempo lugar y persona del grupo de estudio.
2. Determinar las características de las familias de estudio.
3. Determinar las características clínicas del grupo de estudio.

Objetivo secundario:

Correlacionar la frecuencia de psicopatología con la funcionalidad familiar.

## **1.5 Hipótesis**

Hipótesis general.

La presencia de psicopatología se relaciona de manera inversa con la funcionalidad familiar.

Hipótesis nula

La presencia de psicopatología se relaciona de manera positiva con la funcionalidad familiar.

## **2. Material Y Métodos.**

### **2.1 tipo de estudio.**

Estudio descriptivo

### **2.2 diseño de investigación del estudio**

Diseño: Estudio transversal, comparativo.

### **2.3 población, lugar y tiempo.**

Población: pacientes con diabetes mellitus tipo dos en control.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar no. 63 Tierra Blanca Ver.

Periodo de estudio: marzo 2005 a marzo 2006.

## 2.4 Tamaño de Muestra:

Se estimó la muestra mediante la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas.

$$N = \frac{Z^2 \alpha p q}{d^2}$$

$$Z_{\alpha} = 1.96$$

$$p = \text{Proporción esperada} = 0.30$$

$$q = 1-p \quad (1 - .40 = 0.70)$$

$$d = \text{precisión (en este caso 0.05)}$$

$$\text{Sustitución:} \quad \frac{(1.96)^2 (0.30) (0.70)}{(0.05)^2}$$

$$\text{Total} = 322$$

## **2.5 Criterios de Selección:**

Criterios de inclusión:

Derechohabientes vigentes.

En control por diabetes mellitus tipo 2 desde al menos un año del mismo.

Que sepan leer y escribir.

De 20 a 59 años y 11 meses.

Que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión.

Que estén tomando anticonvulsivantes.

Con retraso mental.

Con esquizofrenia o paranoia.

Criterios de eliminación:

Cuestionarios incompletos

## 2.6 Tipo de variables y escala de medición

### 2.7 Definición conceptual y operativa de las variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento del registro.	Dimensional	Años cumplidos
Sexo	Cualitativo	Clasificación de hombre y mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos características anatómicas y cromosómicas.	Son características físicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Nominal.	Femenino. Masculino.
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada individuo en relación con los derechos y	Es la circunstancia del individuo que depende para	Nominal.	Soltero Casado Viudo Divorciado



		obligaciones civiles.	cumplir sus derechos.		Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Empleo, oficio, dedicarse a obligaciones laborales.	Trabajo que impide ocuparse en otras cosas	Nominal	Estudiante Ama de casa Obrero Campesino Empleado de comercio Empleado de gobierno Comerciante Profesional
Escolaridad	Cualitativa	Duración de los estudios en un centro docente.	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento del registro.	Nominal.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria Secundaria Preparatoria o Carrera

					técnica Profesional
Jefe de la familia	Cualitativa	Es el miembro de la familia que aporta el mayor ingreso al gasto familiar	Es el miembro de la familia que aporta el mayor ingreso al gasto familiar al momento del registro	Nominal	Entrevistado o Esposo(a) Padre Madre Familiar directo.
Nivel socioeconómico	cuantitativa	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los individuos en relación con sus bienes	Esta dado por él numero de salarios mínimos que gana diarios el jefe de familia	Nominal	Muy bajo Bajo Medio Medio alto Alto (Quibrera 1994)
Tipo de familia	Cualitativa	Es la clasificación	Es el tipo de	Nominal	Nuclear

	tiva	de familia con base a su estructura	familia que tenga el paciente al momento del registro		Extensa Extensa compuesta.
Sedentarismo.	Cualitativa.	Vida de poca agitación o movimiento.	Es el uso que le da la persona a su tiempo libre al momento del registro.	Nominal	Activo Pasivo.
Sicopatología	Cualitativa	Severidad de disturbios psiquiátricos menores	Estará determinada por la puntuación del GHQ-12	Nominal	13 y menos no caso 14 y más caso.
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Es la determinada por el puntaje obtenido por medio del Apgar -familiar	Ordinal	Disfunción grave (0 – 3 puntos) Disfunción moderada (4 – 6 puntos) Familia

					funcional (7 – 10) (Huerta 1999).
Tiempo de evolución	Cuantitativa	Años transcurridos a partir de que se le diagnostica la patología (diabetes mellitus)	Años transcurridos a partir de que se le efectúa el diagnóstico	discreta	Número de años.
Tipo de tratamiento	Cualitativo	Medicamentos utilizados para el control de la patología.	Medicamentos utilizados al momento de la entrevista para el tratamiento de la diabetes mellitus	Nominal	Tipo de medicamentos.
Ciclo vital de la familia	Cualitativa	Son las fases de las etapas correspondientes a la historia natural de la familia desde su	Fase (s) de la etapa (s) del ciclo vital familiar que se obtenga al momento de la encuesta	Ordinal	Etapas constitutivas: Fase preliminar Fase de recién

		formación hasta su disolución			casados Etapa procreativa: Fase de expansión Fase de consolidaci ón y apertura Etapa de dispersión: Fase de desprendim iento Etapa familiar final: Fase de independen cia Fase de disolución Etapa
--	--	----------------------------------	--	--	--

					mixta. (Huerta 1999).
Control metabólico	Cualita tiva	En diabéticos es cuando se mantiene cifras de glucemia basal en plasma venoso por debajo de 110 mg/dl y sin daño a órganos blanco	Aquella que resulte del promedio de las tres últimas glicemias reportadas en el expediente.	Ordinal	Bueno < 110 mg/dl Regular 110-140 mg/dl Malo > 140 mg/dl. (NOM-015- SSA2- 1994.- 2001).

## **2.8 Instrumentos:**

Se utilizó el Cuestionario General de Salud en su versión corta de 12 ítems (GHQ 12), el cual está diseñado para detectar riesgo de enfermedad mental no psicótica ni orgánico-cerebral y es aplicable al trabajo clínico, encuestas de población o estudios longitudinales (13). Consta de doce preguntas con cuatro alternativas cada una, las cuáles tienen un puntaje igual a cero (0), uno (1), dos (2) y tres (3). De esta manera, el puntaje mínimo y máximo posibles son cero [0] y treinta y seis [36] respectivamente. Se eligió este instrumento porque permite ser aplicado a un grupo importante de personas en un tiempo limitado, porque es de fácil comprensión para el entrevistado y que está validado en Chile. Se acepta un puntaje igual o mayor de 14 como punto de corte para probable caso de patología emocional.

### Apgar Familiar:

Para evaluar la salud familiar se han encontrado útiles 5 componentes que son valorados a través de 5 ítems en el instrumento llamado Apgar – Familiar y son los siguientes:(47)

Adaptabilidad: (Adaptation) capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene usted un problema?

Participación: (Partnership) capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorara maneras de resolverlo. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?

Gradiente de crecimiento: (Growth) capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Afecto: (Affection) capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar emociones como afecto, amor, pena o rabia. ¿Siente que su familia lo quiere?

Resolución: (Resolve) capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo el tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?

Estos ítems tienen una puntuación de acuerdo a tres tipos de respuesta que pueden ser casi nunca (0 puntos), a veces (1 punto) o casi siempre (2 puntos) y de acuerdo al valor dado se ubican en una de las clasificaciones de funcionalidad familiar que pueden ser disfunción grave (0-3 puntos), disfunción moderada (4-6 puntos) o familia funcional (7-10 funcional).



## **2.9 Procedimiento:**

Se seleccionó una muestra de 322 pacientes diabéticos en control por la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 63, durante el periodo de estudio de Junio del 2005 a Marzo del 2006. Solo 200 cumplieron con los criterios de inclusión: edad de 20 a 59 años 11 meses, al menos un año de evolución en control, con expedientes completos y con reporte de al menos 3 cifras de glicemia durante el ultimo año de control.

Se les realizó una entrevista directa y aplicación de los instrumentos por parte de la investigadora principal a 200 pacientes que cumplieron los criterios de selección y previo consentimiento informado se aplicaron 3 cuestionarios uno que mide variables sociodemográficas ya validado( (anexo 1)(ver cuadro de operacionalización de las variables) y clínicas elaborado adhoc para el estudio, el Cuestionario General de Salud (GHQ-12) que mide psicopatología o malestar psíquico (anexo 2), el Apgar Familiar que mide la autopercepción del funcionamiento familiar (anexo 3), posteriormente se revisaron sus expedientes para recabar datos que nos ayudaran a medir las variables en estudio: control metabólico (promedio de las tres ultimas mediciones de glucosa sanguínea ).

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos (Dbase IV) diseñada específicamente para el estudio.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas epi info 5 y SPSS 12. (Ver análisis estadístico)

### **2.10 Análisis estadístico.**

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis univariado y para el análisis bivariado; se utilizó Chi cuadrada para diferencia de proporciones, coeficiente correlación de Pearson para medir la relación entre variables cuantitativas, valor de  $p < 0,05$  para significancia.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos (Dbase IV) diseñada específicamente para el estudio.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas epi info 5 y SPSS 12.

### 2.11 Cronograma de actividades.

Actividades	Meses.
Recopilación de la información	Octubre2004-Mayo 2005.
Análisis de la información	Marzo-Mayo 2005.
Elaboración de protocolo	Noviembre 2004-Mayo 2005.
Revisión y registro de protocolo	Junio 2005.
Recolección de datos	Julio- Diciembre 2005.
Análisis de los resultados	Enero 2006.
Difusión de los resultados	Marzo 2006.

## **2.12 Logística.**

Recursos humanos:

- 1 Residente de medicina Familiar.
- 2 Maestros Ciencias Médicas.

Recursos materiales:

- 322 formatos del cuestionario.
- 10 lápices.
- 10 bolígrafos.
- 1 computadora.
- Un paquete estadístico D base.
- Paquete estadístico Epi info.

Recursos financieros:

Los propios de los investigadores.

### **2.13 Ética.**

La presente investigación se considera sin riesgo, ya que los pacientes no se expusieron a riesgos o daños innecesarios por el investigador (Art.17, fracción 1, capítulo 1, título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud).

Además se cobija en el Artículo 22 de la misma, a la Declaración de Helsinki y modificada en Tokio en 1975, y a las normas y procedimientos en materia de investigación que rigen en las instituciones de salud. Se solicitó consentimiento informado.

### 3. Resultados.

Resultados: se encuestó una muestra de 200 diabéticos tipo 2 con una media de edad de 53 años +-9, de media de escolaridad de 5.18 +-3.9, razón por sexo 2 mujeres /1 hombre, el 58% estaban casados, el 80% son de nivel socioeconómico bajo y menos. El promedio de glucosa fue de 197+-74, la frecuencia de psicopatología fue del 73%.

#### Aspectos sociodemográficos de la población encuestada.

Cuadro 1. Edad

Variables	Media	ds
Edad	53.52	9.2

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas

La media de edad en años de la población de estudio fue mayor de 50 años.

Cuadro 2. Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	139	69.5 %
Masculino	61	30.5%
Total	200	100%

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas

Se observa un franco predominio de mujeres en una razón 2/1.

Cuadro 3. Estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	116	58 %
Unión libre	40	20 %
Soltero	8	4 %
Separado o divorciado	11	5.5 %
Viudo	25	12.5 %
Total	200	100 %

Fuente: encuesta de variables sociodemográficas

Podemos observar que el 58% de los diabéticos encuestados son casados.



Cuadro 4. .Nivel Socioeconómico.

Tipo De Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	40	20.0 %
Bajo	120	60.0 %
Medio	30	15.0 %
Medio alto	6	3.0 %
Alto	4	2.0 %
Total	200	100 %

Fuente: encuesta de variables sociodemográficas.

El nivel socioeconómico predominante observado fue de bajo y menos en un 80%.

(Numero de salarios mínimos).

Cuadro 5. Ocupación.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Campesino	34	17.0 %
Obrero	11	5.5 %
Comerciante	10	5.0 %
Empleada de comercio	9	4.5 %
Empleada de gobierno	6	3.0 %
Técnica	2	1.0 %
Profesionista	3	1.5 %
Ama de casa	125	62.5 %
Total	200	100 %

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas.

El predominio de amas de casa concordante con el predominio de sexo femenino.

Cuadro 6. Ingresos

Variable	Media	ds
Ingreso mensual	1647.68	1377.55

Fuente: encuesta de variables sociodemográficas.

El ingreso del jefe de la familia impacta en el nivel socioeconómico bajo.

**Aspectos de la familia en la población encuestada.**

Cuadro 7. Tipo de familia en base a su desarrollo familiar.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Moderna	42	21 %
Tradicional	158	79 %
Total	200	100 %

Fuente: encuesta de variables sociodemográficas.

Se observa un franco predominio de la familia tipo tradicional.

Cuadro 8. Tipo de familia en base a su desarrollo comunitario.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	139	69.5 %
Rural	61	30.5 %
Total	200	100 %

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas

Predominio de la familia tipo urbana sobre la familia rural.

Cuadro 9. Tipo de familia en base a su estructura.

Estructura de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	152	76.0 %
Extensa	44	22.0 %
Extensa compuesta	4	2.0 %
Total	200	100 %

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas.

El tipo de familia de los diabéticos encuestados es de predominio nuclear.

Cuadro 10. Etapa del ciclo vital de la familia.

Etapa	Frecuencia	Porcentaje
Expansión	10	5.0 %
Dispersión	83	41.5 %
Independencia	65	32.5 %
Retiro	42	21.0 %
Total	200	100

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas.

Podemos observar un predominio de la familia en fase de dispersión, seguida de la familia en fase de independencia.

**Control metabólico de los pacientes encuestados.**

Cuadro 11. Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2.

Años	Frecuencia	Porcentaje
1-4	59	29.5 %
5-9	55	27.5 %
10-14	45	22.5 %
15-19	24	12.0 %
20 +	17	8.5 %
Total	200	100 %

Fuente: encuesta de variables sociodemográficas.

La media para el tiempo de evolución de la diabetes mellitus fue de 8.81 con una desviación estándar de 6.38.



Cuadro 12. Patología agregada.

Otra patología agregada	Frecuencia	Porcentaje
Si	121	60.5 %
No	79	39.5%
Total	200	100 %

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas.

Más del 60 % de los diabéticos entrevistados presentaban una patología crónica agregada.

Cuadro 13. Patología agregada encontrada.

Tipo de patología	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial sistémica	70	35 %
Enfermedad articular degenerativa	10	5 %
Asma bronquial	2	1 %
Cardiopatía	5	2.5 %
Cirrosis hepática	1	0.5 %
Dislipidemia	20	10 %
Glaucoma	2	1 %
Hipertiroidismo	1	0.5 %
Insuficiencia venosa periférica	5	2.5 %
Psoriasis	2	1.0 %
Retinopatía	2	1.0 %
Tuberculosis pulmonar	1	0.5 %
Ninguna	79	39.5 %
Total	200	100 %

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas

La patología agregada más frecuente encontrada fue la hipertensión arterial, seguida de dislipidemias y enfermedad articular degenerativa.

Cuadro 14. Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus.

Uso de hipoglucemiantes orales	Frecuencia	Porcentaje
Si	184	92 %
No	16	8 %
Total	200	100 %

Fuente: encuesta de variables sociodemográficas.

Se verificó el uso de algún hipoglucemiante oral en más del 90 % de lo diabéticos encuestados.

Cuadro 15. Tipo de hipoglucemiantes orales usados.

Hipoglucemiantes	Frecuencia	Porcentaje
Metformina	43	21.5 %
Glibenclamida	80	40 %
Metformina + Glibenclamida	50	25 %
Acarbosa	1	0.5 %
Metformina y acarbosa	3	1.5 %
Glibenclamida y acarbosa	3	1.5 %
Otros	4	2.0 %
Ninguno	16	8 %
Total	200	100 %

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas.

La Glibenclamida es el hipoglucemiante mas frecuentemente utilizado solo o combinado. Llama la atención el poco uso de la acarbosa.

Cuadro 16. Control metabólico

Variable	Media	Ds
Glicemia 1	200.51	79.816
Glicemia 2	205.03	112.937
Glicemia 3	189.30	93.770
Promedio	197.483	74.2656

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas.

La glucosa promedio fue de 197.4 +- 74.

Mal control metabólico en más del 80 % con glucosa promedio mayor de 140 mg. /dl.

## Funcionalidad familiar

Cuadro 17. Apgar familiar.

Apgar	Frecuencia	Porcentaje
0-3 disfunción grave	34	17 %
4-6 disfunción moderada	49	24.5 %
7-10 familia funcional	117	58.5 %
Total	200	100 %

Fuente: Instrumento apgar familiar.

La percepción de disfunción familiar se observa en el 17% de los casos encuestados.

Cuadro 18. Resultados apgar familiar

Ítem Apgar familiar	Media	ds
Adaptabilidad	1.40	0.701
Participación	1.33	0.736
Gradiente de crecimiento	1.24	0.808
Afecto	1.37	0.746
Resolución	1.56	0.623
Total	6.86	3.223

Fuente: Instrumento Apgar familiar.

La media del puntaje total del apgar familiar fue de 6.86 lo cual esta por debajo del punto de corte > a 7.

**Psicopatología.**

Cuadro 19. Resultados GHQ12.

Ítem	Media	ds
GHQ1	1.62	0.721
GHQ2	1.58	0.786
GHQ3	1.35	0.692
GHQ4	1.45	0.707
GHQ5	1.74	0.834
GHQ6	1.60	0.783
GHQ7	1.72	0.777
GHQ8	1.41	0.658
GHQ9	1.68	0.814
GHQ10	1.29	0.734
GHQ11	1.14	0.699
GHQ12	1.56	0.855
TOTAL	18.13	6.474

Fuente: Cuestionario General de Salud GHQ 12 (versión corta)

La media del puntaje total del GHQ-12 fue de 18.3 lo cual es mayor que el punto de corte (14) para ser considerado caso de probable psicopatología



Cuadro 20. Frecuencia psicopatología.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Caso	148	74.0 %
No caso	52	26.0%
Total	200	100 %

Fuente: Cuestionario general de salud GHQ 12 (versión corta).

La frecuencia encontrada en el presente estudio fue del 74%.

Cuadro 21. Frecuencia de sicopatología por sexo.

Variable	Psicopatología		Valor de p
	Caso	No caso	
Sexo			.05 *
Mujeres	101	38	
Hombres	47	14	
Total	148	52	

Fuente: cuestionario general de salud GHQ 12 (versión corta)

\* $\chi^2$

Se observa un mayor número de casos de psicopatología en mujeres 2/1

Cuadro 22. Frecuencia de psicopatología con estado civil.

Variable	Psicopatología		Valor de p
	Caso	No caso	
Estado civil			ns
Casado	78	38	
Unión libre	33	6	
Soltero	6	2	
Divorciado o separado	8	3	
Viudo	22	3	
Total	147	53	

Fuente: cuestionario general de salud GHQ 12 (versión corta).

\* $\chi^2$

Hay un mayor número de casos de psicopatología en diabéticos que están casados.

Cuadro 23. Frecuencia de psicopatología por nivel socioeconómico.

Variable	Psicopatología		Valor de p
Nivel socioeconómico	Caso	No caso	.001
Muy bajo	33	7	
Bajo	93	27	
Medio	20	10	
Medio alto	1	5	
Alto	0	4	
Total	147	53	

Fuente: cuestionario general de salud GHQ 12 (versión corta)

\* $\chi^2$

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de psicopatología por nivel socioeconómico.

Cuadro 24. Frecuencia de psicopatología con etapa del ciclo vital de la familia.

Variable	Psicopatología		Valor de p
Etapa del ciclo vital de la familia	Caso	No caso	ns*
Expansión	6	4	
Dispersión	57	26	
Independencia	52	13	
Retiro	33	8	
total	148	52	

Fuente: cuestionario general de salud GHQ 12 (versión corta)

\* $\chi^2$

No se encontraron diferencias por ciclo vital de familia y psicopatología

### Psicopatología y funcionalidad familiar.

Se encontró correlación negativa entre el puntaje total del GHQ y la funcionalidad familiar rho de pearson-.478 ( $p<.001$ ), correlación negativa entre GHQ y escolaridad (rho de -.247pearson  $p<.001$ ).

Cuadro 25. Correlación entre puntaje total del GHQ, funcionalidad familiar Y escolaridad.

	Puntaje total del GHQ-12	
	Rho de Pearson	Valor de p
Funcionalidad familiar	-.487	.0001
Escolaridad	-.247	.001

Fuente: Encuesta de psicopatología y funcionalidad familiar.

#### **4. Discusión:**

Entre las limitantes de este estudio cabe mencionar que la muestra de pacientes se obtuvo a conveniencia de la consulta externa de control de diabéticos. Por otra parte, las características de los paciente diabéticos estudiados no diferencian de la población diabética en control en primer nivel de atención.

La frecuencia de psicopatología encontrada en el grupo de estudio fue del 74 %, mayor que la reportada por Estupiñán y Garduño (46 %) y lo reportado en México por Caraveo y Medina Mora (20-30 %). Fullerton, en un trabajo realizado en pacientes hospitalizados reporta un 46.4% de sintomatología psiquiátrica, no encontrado correlación estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos en el GHQ-12 y los datos sociodemográficos básicos recogidos.

Los resultados obtenidos en este trabajo, sugieren de manera general, que el riesgo para desarrollar psicopatología en los pacientes con diabetes mellitus dos es muy alto. De manera específica, se puede afirmar que el nivel socioeconómico bajo y más y el bajo nivel de escolaridad se asocian con una mayor probabilidad para desarrollar psicopatología. Finalmente, en base a los resultados encontrados se deduce que a mayor presencia de psicopatología menor índice de funcionalidad familiar y que a menor escolaridad mayor índice de psicopatología.

Como afirma Higgins, cerca de la mitad de los casos de psicopatología permanecen desconocidos en el primer nivel de atención. El problema de psicopatología en pacientes con enfermedad crónica degenerativa es difícil de estudiar, ya que no es correctamente identificado en el primer nivel de atención. Anneke, en un estudio

realizado en pacientes asmáticos encontró una evidente asociación entre enfermedad psiquiátrica y una utilización mayor de los servicios de salud.

Varios autores han señalado la existencia de relación entre psicopatología y control metabólico. La glicemia promedio encontrada en el presente estudio, (> de 140 mg/dl) indica un mal control metabólico de los diabéticos estudiados, lo cuál podría explicar el alto porcentaje de malestar psíquico referido por los mismos (74%).

El presente estudio permite describir las características de la familia del paciente con diabetes mellitus tipo dos atendido en el primer nivel, encontrando mayor significancia estadística entre psicopatología y tipo de familia en cuanto a su desarrollo, su estructura familiar y su ciclo vital. La funcionalidad familiar cae en el rango de disfunción moderada.

Cano, en un estudio realizado con 137 pacientes en un hospital de veteranos, encontró que el soporte familiar y la percepción familiar resultaron respectivamente asociados con síntomas psicológicos. Resulta difícil determinar si la disfunción familiar y la presencia de psicopatología pueden ser causa o efecto del descontrol metabólico del paciente diabético, sin embargo, la correlación encontrada entre funcionalidad familiar y psicopatología resulta interesante.

Como se señaló en la introducción, no hay antecedentes en la literatura acerca de estudios que relacionen la presencia de psicopatología y funcionalidad familiar. El hallazgo del presente estudio al respecto sugiere una mayor atención a la dinámica familiar en los pacientes diabéticos en control en el primer nivel de atención.



## **5. Conclusiones.**

En base a los resultados del presente estudio se puede concluir que la frecuencia de psicopatología en diabéticos tipo 2 encontrada en la zona de estudio es mayor a la reportada por la literatura. La funcionalidad familiar en el presente estudio cae en la disfunción moderada. La correlación entre psicopatología y funcionalidad familiar es negativa. A mayor psicopatología menor funcionalidad familiar.

En los pacientes diabéticos tipo dos, un mal control metabólico constituye un riesgo para contraer psicopatología. En base a esto, se puede explicar la alta frecuencia de psicopatología encontrada en el presente trabajo, ya que es notable el mal control metabólico de los pacientes encuestados.

El nivel socioeconómico bajo y más predominantemente encontrado, hace suponer la dificultad para implementar un régimen alimenticio adecuado, como parte del tratamiento integral del paciente diabético en primer nivel de atención.

Los resultados obtenidos permiten evaluar el programa de control de diabéticos en primer nivel de atención, considerando que el fracaso del control metabólico incluye una falta de integración del equipo multidisciplinario, más que de desconocimiento del médico familiar sobre las estrategias implementadas para una atención integrada del paciente con diabetes mellitus tipo dos.

Así mismo, invitan a revisar los programas de control de los pacientes diabéticos tipo dos en primer nivel de atención, considerando necesario implementar nuevas estrategias que permitan evaluar periódicamente la salud mental de los pacientes en control.

Por último, cabe señalar que dada la alta frecuencia de problemas psicosociales que se pueden encontrar en el primer nivel de atención, como se demuestra en el presente estudio; se hace necesaria la implementación de un servicio de apoyo psicológico en la consulta externa de medicina familiar, lo cuál permitiría una atención integrada a la vez que redundaría en una menor demanda de los servicios de salud y una mejor calidad de vida para el paciente con diabetes mellitus dos atendido en el primer nivel.

## Bibliografía

1. The American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20 (7): 1183-1197.
2. Islas S, Revilla MC, González Villalpando C, Méndez FJD, Sánchez S. Diabetes Mellitus: ventajas de la nueva clasificación. *Rev Med IMSS Mex* 1997; 35 (4): 319-323.
3. Bourdel MI, Dubroca B, Manciet G, Decamps A., Emeriau JP, Dartigues JF. Prevalence of Diabetes and Effect on Quality of life in Older French Living in the Community: The Paquid Epidemiological Survey. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 295-301.
4. Pulgar M, et al. Validez de los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes mellitus tipo 2. Impacto de su aplicación en un área de salud. *Atención primaria* 2001; 27 (2): 111-115.
5. Posadas C, Yamamoto L, Lerman I, Zamora J, Fajardo A, Velazquez L, Cardoso G. The prevalence of NIDDM and associated coronary risk factors in Mexico City. *Diabetes Care* 1994; 17 (12): 1441-8.
6. Quibrera R, Hernández HG, Aradillas C, González C, Calles J. Prevalencia de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función del nivel socioeconómico. *Rev Invest Clin.* 1994; 46(1):25-36.
7. Robles L, Mercado FJ, Ramos IM, Alcántara E, Moreno NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública México* 1995; 37 (3): 187-195.

8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Dirección General de Estadística e Informática. Secretaría de Salud, México. Estadística de mortalidad 1998. Salud Pública México 2000; 42 (2): 155-161.
9. Madrazo M. Guía diagnóstico-terapéutica Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med IMSS Méx 1997; 35 (5): 352-369.
10. World Health Organization Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and ITS complications Report of a WHO Consultation Geneva 1999. WHO/NCD/NCS 99.2.
11. Secretaria de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el jueves 18 de enero del 2001: 51-78.
12. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998; 21(S3):C44-C52.
13. Rodríguez M, Guerrero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública México 1997; 39: 44-47.
14. Trief PM, Himes CL, Orendorff R, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. Diabetes Care 2001; 24 (8): 1384- 1389.
15. Valadez I, Aldrete MG, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Publica México 1993; 35 (5): 464-470.
16. Fonoinfancia. Indicadores de salud mental en una muestra de madres consultantes de fonoinfancia: un estudio exploratorio.2002.

17. L. de la Revilla Ahumada, A.M. de los Ríos Álvarez y J.D. Luna del Castillo. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia Aten Primaria 2004; 33(8):417-25.
18. Garduño J, Tellez JF, Hernández L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Invest Clin 1998; 50(4):287-291.
19. De la Revilla, Aybar R, De los Ríos A., Castro JC. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta de medicina. Atención Primaria 1997; 19(3) 133-137.
20. Martín C, Pedrosa R, Herrero JJ, Luna del Castillo J, Ramírez P, Sáez JM. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. Aten. Primaria 2003; 31(1):39-46.
21. Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. Rev Chill Neuro- psiquiat 2003; 41(2):103-109.
22. Cano A, Sprafkin R, Scaturro D, Lantiga L, Fiese B, Brand F. Mental Health screening in primary care: A comparison of brief measures of psychological distress. J Clin Psychiatry 2001; 3:206-210.
23. Evans M, Kessler D, Lewis G, Peters T, Sharp D. Assessing mental health in primary care research using standardized scales: can it be carried out over the telephone? Psychological Medicine. 2004; 34:157-62.
24. Cano A, Sprafkin R, Scaturro D, Lantiga L, Fiese B, Brand F. Family support, self-rated health, and psychological distress. J Clin Psychiatry 2003; 5:111-117.

25. El-Rufaie O, Al-Sabosy M, Beneri A, Abuzeid M. Somatized mental disorder among primary care Arab patients: prevalence and clinical and sociodemographic characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46(6):549-555
26. Caraveo J, Martínez N, Saldivar G, López J, Saltijeral M. Performance of the GHQ-12 in relation to current and life time CID-I psychiatric diagnoses. *Salud Mental* 1998; 21(4):1-12.
27. García C. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(1):88-97.
28. Piccinelli M, Bisoff G, Bon M, Cunico L, Tansella M. Validity and Test-Retest reliability of Italian version of the-item general health questionnaire in general practice: A comparison between three scoring methods. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34(3):198-
29. Ten Brinke A, Ouwerkerk M, Zwinderman A, Spnhoven P, Bel E. Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization. *American Journal of respiratory and critical care medicine*. 2001; 163:1093-1096.
30. Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G. Reliability validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:432-437
31. Mari J, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*. 1985; 15: 651-659.

32. Van Hemert, Heijer M, Vosterbosch, Bolk J. Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General health questionnaire. Why do cut-off scores vary? *Psychological Medicina*. 1995; 25:165-170.
33. Hardy G, Shapiro D, Haynes C. Validation of the general health questionnaire –12 using a sample of employees from England's health care services. *Psychological Assessment*. 1999; 11(2):159-165
34. Comino EJ, Silove D, Manicavasagar, Harris E, Harris M. *Family Practice*. 2001; 18(1): 71-77.
35. Sartorius N, Ustun B, Costa J, Goldberg D, Lecrubier Y, et al. An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50:819-824.
36. Papassotiropoulos A, Heun R, Maier W. Age and Cognitive Impairment influence the performance of the General Health Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*. 1997; 38 (6):335-240.205.
37. Jacob K, Bhugra D, Mann A. The validation of the 12-item General Health Questionnaire among ethnic Indian women living in the United Kingdom. *Psychological Medicine* 1997; 27(5):1215-17
38. Plummer S, Gournay K, Goldberg D, Ritter S, Mann A, Blizard R. Detection of psychological distress by practice nurses in general practice. *Psychological Medicine*. 2000; 30(5):1233-37.
39. Santacruz J. La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS* 1983; 21:348-357.
40. Huerta JL. Programa de Actualización Continua para el Médico Familiar. Estudio de la salud familiar Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Ed. Intersistemas S.A. de C.V. 1999: 5-58.

41. Irigoyen A. y cols. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1995, 3ra edición: 3-7, 25-31
42. Horwitz N, Florenzano R, Ringelin I. Familia y salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985; 98 (2): 144-154.
43. Velazco R, Chávez V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev Med IMSS Méx 1994; 32: 271-27.
44. Vazquez EM, Vallarta G, Sánchez E, Nápoles F, Romero E. Disfunción de la dinámica familiar como un factor asociado a desnutrición primaria grave en el niño. Bol Med Hosp Infant Méx 1995; 52 (12): 698-705.
45. Neabel B, Fothergill F, Dunning J. Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997 (Issues in Family Care). Heart Lung 2000; 29 (3): 196-2.
46. Saucedo JM, Foncerrada M. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS Méx 1981; 19: 155-163.
47. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Abstract de Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. Family Practice 1982; 2 (15): 303-311.
48. Fernández I, Ortega C, Martín JL, Rodríguez V. Actualización diabetes mellitus tipo 2, meta - análisis. Atención Primaria 2002; 29 (2): 101-108
49. Santos BC, De Armas AM, González PI, Viñas G, Mauriset R. Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13 (4): 325-329.
50. Arias L, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Rev Columbia Médica 1999; 25 (1): 26-28.
51. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar - Familiar. Atención Primaria 1996; 18 (6): 289-296.



52. Martínez LP, Medina-Mora ME, Padilla GP, Caraveo AJ, Campillo SC: Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada; Salud Publica de México, 1983; 25: 612-619.

53. Padilla GP, Mas EC, Ezban M, Medina-Mora ME, Peláez O. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que acuden a consulta general de un centro de salud. Salud Mental 1984; 7(3):72-78.

## Anexo 2

### Escuela de Salud General. GHQ

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado de salud en las ultimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

- 1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?  
Mejor que lo habitual.....Igual que lo habitual.....Menos que lo habitual.....  
Mucho menos que lo habitual.....
- 2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?  
No, en lo absoluto.....No mas que lo habitual.....Bastante mas que lo habitual.....  
Mucho mas que lo habitual.....
- 3) ¿Ha sentido que esta jugando un papel útil en la vida?  
Mas que lo habitual.....Igual que lo habitual.....Menos que lo habitual.....  
Mucho menos.....
- 4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?  
Mas capaz que lo habitual.....Igual que lo habitual.....Menos capaz que lo habitual.....  
Mucho menos.....
- 5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?  
No en absoluto.....No mas que lo habitual.....Bastante mas que lo habitual.....  
Mucho más.....
- 6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?  
No en absoluto.....No mas que lo habitual.....Bastante mas que lo habitual.....  
Mucho más.....
- 7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?  
Mas que lo habitual.....Igual que lo habitual.....Menos que lo habitual.....  
Mucho menos.....
- 8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?  
Mas capaz que lo habitual.....Igual que lo habitual.....Menos que lo habitual.....  
Mucho menos.....
- 9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?  
No, en absoluto.....No mas que lo habitual.....Bastante mas que lo habitual.....  
Mucho menos.....
- 10) ¿Ha perdido confianza en si mismo?  
No, en absoluto.....No mas que lo habitual.....Bastante mas que lo habitual.....  
Mucho más.....
- 11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?  
No, en absoluto.....No mas que lo habitual.....Bastante mas que lo habitual.....  
Mucho más.....
- 12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?  
Mas feliz que lo habitual.....Aproximadamente lo mismo que lo habitual.....  
Menos feliz que lo habitual.....mucho menos que lo habitual.....

Anexo 3.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION VERACRUZ SUR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 63  
DIAGNOSTICO DE LA DINAMICA FAMILIAR

	Casi siempre	A veces	Casi nunca
Esta satisfecho con la ayuda que recibe de sus familiares cuando tiene algún problema			
Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa.			
Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa.			
Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos.			
Siente que su familia lo quiere.			
Resultados			

Anexo 4  
 Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Unidad de Medicina Familiar No. 63  
 Cuestionario de variables sociodemográficas del protocolo Sicopatología y  
 funcionalidad familiar en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención.

<p>1. No. DE ENCUESTA _____</p> <p>2. Numero de seguridad</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>3. _____          PATERNO MATERNO NOMBRE          Unidad de descripción _____</p> <p>4. Lugar de origen _____</p> <p>5. Lugar de residencia _____</p> <p>6. Edad _____</p> <p>7. Estado civil: 1) casado 2) unión libre 3) soltero          4) separado o divorciado 5) viudo</p> <p>8. Escolaridad _____</p> <p>9. Ocupación: 1) campesina 2) obrera          3) comerciante 4) empleada de comercio          5) empleada de gobierno 6) técnica          7) profesionista. 8) ama de casa</p> <p>10. Quien aporta el dinero para el sostén          familiar: 1) cónyuge 2) pariente directo          3) entrevistada</p> <p>11. Quien es el jefe de la          familia _____</p> <p>12. Cuanto gana quincenalmente el jefe de          familia: _____</p> <p>13. Nivel socioeconómico: 1) muy bajo 2) bajo          3) medio 4) medio alto 5) alto</p>																					<p>TIPO DE FAMILIA MARQUE CON UNA X</p> <p>14. Desarrollo familiar          1) moderna ( ) 2) tradicional ( )</p> <p>15. Por su desarrollo comunitario          1) urbana ( ) 2) rural ( )</p> <p>16. Estructura: 1) nuclear ( ) 2) extensa ( )          3) extensa compuesta ( )</p> <p>17. Etapa del ciclo vital de la familia          1) expansión ( ) 2) dispersión ( )          3) independencia ( ) 4) retiro ( )</p> <p>18. tiempo de evolución          D. M. _____</p> <p>19. padece enfermedades crónico          degenerativas asociadas: si ( ) no ( )</p> <p>20. si la respuesta anterior es si indique          cual(es)          ( ) HAS ( ) EAD ( ) OTRAS _____</p> <p>21. ultimas tres glicemias básales registradas          en el expediente:          1° _____ 2° _____          3° _____</p> <p>22. promedio: _____ mg/Dl.</p> <p>23. utiliza hipoglucemiantes orales:          1. si ( ) 2. no ( )</p> <p>24) cuales: 1) metformina 2) glibenclamida          3) 1y2 4) acarbose 5) 1y4 6) 2y4 7) otras</p> <p>25) Uso del tiempo libre:          1) activo ( ) 2) pasivo ( )</p>

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:  
Prevalencia de Sicopatología y funcionalidad familiar en diabéticos tipo 2 de una  
unidad de primer nivel de atención

LUGAR: Unidad de medicina familiar No. 63

FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado  
Prevalencia de Sicopatología y funcionalidad familiar en diabéticos de una unidad de  
Primer nivel de atención

El objetivo es: determinar la frecuencia de sicopatología y funcionalidad familiar en  
pacientes en control por diabetes mellitus tipos 2.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique 3  
cuestionarios los datos se manejaran de manera confidencial respetando mi privacidad,  
pudiéndome retirar en el momento que desee del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, matricula y firma del investigador  
Dra. Lidia Cruz Rivera. Matricula 9892966