



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
UNIDAD ACADEMICA:  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ZACATECAS, ZACATECAS.

***“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN EN  
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**DRA. ANA ISABEL MAURICIO RODRÍGUEZ**

ZACATECAS, ZAC.

2010



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.



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN EN  
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2”**

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR  
PRESENTA:

**DRA. ANA ISABEL MAURICIO RODRÍGUEZ**

AUTORIZACIONES:

**DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ZACATECAS, ZAC.

**DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**

ASESOR METODOLÓGICO Y CLÍNICO DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ZACATECAS, ZAC.

***DRA. ALICIA VILLA CISNEROS***

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ZACATECAS, ZAC.

ZACATECAS, ZAC.

2010



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN EN  
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ANA ISABEL MAURICIO RODRÍGUEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA:  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ZACATECAS, ZAC.**

**TÍTULO**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN EN  
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2”**

**AUTOR:**

**DRA. ANA ISABEL MAURICIO RODRÍGUEZ**

**ASESOR CLÍNICO Y METOLÓGICO:**

**DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1  
ZACATECAS, ZAC.

<b>2. INDICE</b>	<b>Pag.</b>
1. Título	4
2. Índice general	5
3. Marco teórico	7
4. Planteamiento del problema	26
5. Justificación	27
6. Objetivo de la investigación	28
6.1 Objetivo general	28
6.2 Objetivos específicos	28
7. Hipótesis	29
8. Metodología	30
8.1 Tipo de estudio	30
8.2 Población, lugar y tiempo	30
8.3 Muestreo	31
8. 3. 1. Tipo de muestra	31
8. 3. 2 Tamaño de muestra	31
8. 4 Criterios de selección	32
8. 4. 1 Criterios de inclusión	32
8. 4. 2 Criterios de exclusión	32
8. 4. 3 Criterios de eliminación	32
8. 5 Información a recolectar (variables)	33
8. 5. 1 Variable dependiente	33
8. 5. 2 Variable independiente	33
8. 5. 3 Variables universales	33
8. 5. 4Operacionalización de variables	34

8.6 Procedimiento para recopilación de la información	39
8.7 Consideraciones Éticas	40
9. Resultados	41
9.1 Descripción de los resultados (análisis estadístico)	41
9.2 Tablas y gráficas	43
10. Discusión	55
11. Conclusiones	56
12. Referencias bibliográficas	57
13. Anexos	60
13.1 Hoja de recolección de datos	60
13.2 Instrumentos de medición	61
13.3 Consentimiento informado	66

### 3. MARCO TEÓRICO

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. <sup>(1)</sup>

Existen varias definiciones de familia; una de ellas y que ha sido aceptada por el buró del Censo de los Estados Unidos de Norteamérica describe a la familia como un “grupo de dos o más personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción”. En situaciones clínicas, la definición y el foco de atención requieren de la flexibilidad que imponen el tipo de enfermedad, su grado de avance y la etapa de ciclo de vida del paciente y su familia. Es necesario considerar que algunas definiciones de familia incluyen personas que pueden no estar relacionadas por sangre, matrimonio o adopción. <sup>(2)</sup>

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”. <sup>(3)</sup>

El Diccionario de la Lengua Española refiere que la familia es el grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. <sup>(4)</sup>

El consenso canadiense (1964) refiere que una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más niños que viven bajo el mismo techo. <sup>(5)</sup>

Para Frederic Le Play y Proudhon<sup>(6)</sup> la familia es la “célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen relaciones directas, y comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones, además; existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo “abierto”. Al conceptualizarlo así veremos que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.<sup>(7)</sup>

El Ciclo vital de la familia (CVF) es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.<sup>(8)</sup>

Refiere Komblit<sup>(9)</sup>: el ciclo vital de la familia explica la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales por las que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

La familia, según Ackerman<sup>(10)</sup>, es la unidad básica de la enfermedad y la salud, ya que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y e la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud.

Las fases del ciclo vital de la familia según Evelyn Duvall, son:

#### 1. Constitutiva

- a) Preliminar. Constituida por el noviazgo cuya duración es indefinida.

b) Recién casados. Sin hijos, termina con el nacimiento del primer hijo.

## 2. Procreativa

a) Expansión. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina cuando éste cumple 2.5 años de edad.

b) Consolidación y apertura. Inicia con la socialización secundaria del hijo mayor de 6 años y termina con el hijo adolescente que se separa de sus padres.

## 3. Dispersión.

a) Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos.

## 4. Final

a) Independencia. Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro.

b) Disolución: Vejez de la pareja, hasta la muerte del cónyuge y viudez, hasta la muerte del miembro restante.

Se entiende por estructura familiar al conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden, integran al grupo familiar. Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.

- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad<sup>(1)</sup>

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias, se identifican cinco ejes fundamentales: parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia, nivel económico y nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales. <sup>(1)</sup>

La dinámica familiar es el proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la aceptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. <sup>(1)</sup>

Se entiende por salud familiar a la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social. <sup>(1)</sup>

La funcionalidad familiar, es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las que atraviesa. El buen o mal funcionamiento es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de las enfermedades entre sus miembros, lo cual depende de la influencia positiva o negativa de la dinámica familiar. Se entiende pues por familia funcional a la familia con la capacidad de cumplir eficazmente con las funciones familiares; y por familia disfuncional a la familia que no cumple con sus funciones, y en caso de hacerlo, lo realiza de forma ineficaz. <sup>(8)</sup>

La familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios miembros a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida. Se describe como crisis familiar al evento de la vida, presente o pasado que ocasiona cambios en

la funcionalidad de los miembros de la familia; requiere de una respuesta adaptativa. <sup>(8, 11)</sup>

Existen 2 tipos de crisis familiares: normativas y paranormativas; las cuales se describen a continuación

1. Crisis normativas: También llamadas evolutivas o intrasistémicas, éstas se relacionan con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refieren a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia.

- a) Etapa constitutiva. Matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen cónyuges adolescentes, problemas de adaptación sexual; diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.
- b) Etapa proceativa. Embarazo, diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.
- c) Etapa de dispersión. Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos, etc.
- d) Etapa final. Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez, etc.

2. Crisis paranormativas. Son experiencias adversas o inesperadas. Suelen asociarse con grandes periodos de disfunción familiar.

- a) Familiares. Abandono o huída del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, separación y/o divorcio. Rivalidad entre hermanos, problemas con la familia de origen, incorporación de otras personas a la familia por

adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa. Expulsión de la escuela.

- b) Enfermedades o accidentes. Abortos, esterilidad o infertilidad, complicaciones del embarazo, parto o puerperio; infecciones de transmisión sexual, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales, enfermedades, hospitalizaciones, amputaciones, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías, suicidio.
- c) Económicas. Cambios bruscos en el nivel socioeconómico, problemas económicos graves, deudas, hipotecas, etc.
- d) Laborales. Cambios de puesto u horarios de trabajo, huelgas, pérdida del empleo, desempleo prolongado.
- e) Legales. Conductas delictivas, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad.
- f) Ambientales. Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismo, guerras).<sup>(8)</sup>

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.<sup>(1)</sup>

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas, que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar. Con base en estos conceptos se considera que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y

se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. <sup>(1)</sup>

La Escala FACES III (Escala de Medición de Adaptabilidad y Cohesión Familiar), es un instrumento creado por Olson y cols.; que cuenta con un respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas. Proporciona un aceptable acercamiento a la evaluación de la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar; consta de 20 preguntas (ítems), los puntajes obtenidos clasifican a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas, éstas últimas han demostrado mayor riesgo de disfunción. El formulario se aplica en adultos que sepan leer y escribir. <sup>(12)</sup>

Mendoza Solís <sup>(13)</sup> evaluó la dinámica familiar mediante la escala de medición FACES III, la cual fue aplicada en 103 familias de pacientes diabéticos tipo 2, cuyos resultados mostraron que el 41% pertenecía a familias balanceadas en las cuales, predominó la comunicación directa en un 65% y los límites fueron claros en un 64%; mientras que en las familias de rango medio (43%) la comunicaciones mostró enmascarada y; desplazada por las familias extremas (16%), en tanto que los límites fueron difusos y rígidos respectivamente.

La manera en que los factores de estrés afectan a las familias y las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. De tal suerte que, el manejo de la disfunción y el de los problemas de salud relacionados, debe ser mediante una intervención terapéutica multidisciplinaria. <sup>(8)</sup>

La presencia de una enfermedad en alguno de los miembros de la familia, ya sea aguda, crónica o terminal; puede ocasionar problemas en su funcionamiento y su composición; generando una crisis, dada la desorganización y el impacto que se produce en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten continuar su funcionamiento, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en

riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. <sup>(14)</sup>

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad están dados por las propias características familiares, tales como sus etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo específico, la historia familiar, etc. <sup>(14)</sup>

El paciente con una enfermedad que tiende a ser crónica o que se convierte en terminal, favorece que el paciente “sea etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativas, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. Estas situaciones en un momento dado, afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y sus conocidos, pudiendo evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema familiar que no solo impactan en su funcionamiento, sino también en la evolución de la propia enfermedad, la familia sufre igual que el paciente y esto puede generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. <sup>(14)</sup>

La funcionalidad familiar es un factor que influye en la asistencia del enfermo sin duda alguna y las variables facilitadoras son el afecto, el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar, así lo confirmaron Rodríguez Abrego y cols. <sup>(15)</sup> Mediante el estudio con la escala de Holmes a 226 pacientes con insuficiencia renal crónica, cuyos resultados revelaron que sólo el 51% de las familias participó en la asistencia de los pacientes, y de éstos; el 41% pertenecía a una familia disfuncional.

Méndez López <sup>(16)</sup> concluye que, en el caso de una familia disfuncional existe asociación entre la disfunción familiar y el grado de control en el paciente diabético tipo 2, ya que a través de un estudio de 300 pacientes diabéticos tipo 2 se evaluó la funcionalidad familiar con el Apgar familiar; el nivel de control de la enfermedad tomando como indicador las cifras de glucemia en ayunas,

colesterol total, triglicéridos y tensión arterial en una sola variable compleja. Así mismo, se analizaron edad, sexo y grado de conocimientos sobre la enfermedad. Teniendo en cuenta los resultados del cuestionario para evaluar funcionalidad familiar, los pacientes fueron distribuidos en dos grupos: uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción. El 80% de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, mientras que sólo el 56% de los pacientes pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características. Se evidenció que definitivamente la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.

La experiencia de vivir con diabetes tipo 2 no se limita a la persona enferma, sino que se extiende a su red social más cercana, que es la familia. De ésta forma se pone de manifiesto que el apoyo familiar repercute en la manera en la que los enfermos aceptan su enfermedad y se adaptan a ella. <sup>(17)</sup>

La palabra depresión, deriva de la palabra latina *depressio* que significa hundimiento, concavidad. Los trastornos de la esfera del estado de ánimo se encuentran descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia los sitúa en una de las patologías más frecuentes en la actualidad. Las primeras referencias se remontan a la *Ilíada* de Homero, sin embargo Hipócrates, en el siglo IV, A. C. fue el primer autor que se acercó a los trastornos del estado de ánimo desde la perspectiva médica. Un siglo después Galeno relaciona los síntomas depresivos con la afectación del cerebro, con el humor negro. En el renacimiento Paracelso se distancia de la teoría hipocrática y galena de los humores, y como causa de la melancolía apela a factores anímicos. Con los grandes cambios que se dan en la medicina de la época, el concepto de melancolía se va perfilando y el término depresión empieza a deshacer al de melancolía. Emil Kraepelin describe por primera vez en su tratado de psiquiatría la demencia precoz y la psicosis maniaco depresiva. Paralelamente Sigmund Freud describió un tipo de depresión diferente al de Kraepelin y al que denominó neurosis depresiva. <sup>(18)</sup>

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo, es un trastorno de la afectividad; que se define como una agrupación de síntomas relacionados con la tristeza: abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo, se encuentran también otros síntomas como la anhedonia, pérdida de autoestima, falta de ilusión, pesimismo, hipo actividad, astenia, pérdida ponderal y trastornos del sueño. Otra característica es la presencia de estas alteraciones durante un mínimo de dos semanas. En la clasificación internacional de enfermedades de la OMS se diferencia la depresión, de acuerdo con la severidad de los síntomas, en leve, moderada o severa, se toma en cuenta la presencia o no de síntomas somáticos que la acompañan. <sup>(19, 20)</sup>

La depresión es el problema de salud mental más frecuente y relevante en la atención primaria. La importancia clínica de los trastornos depresivos se manifiesta en el elevado grado de incapacidad y repercusión funcional que ocasionan. <sup>(21)</sup>

El término depresión describe un espectro de alteraciones del humor y no es sinónimo de tristeza o infelicidad, y aunque las dos son componentes del trastorno depresivo, cuando forman parte de una depresión no son transitorias. La depresión tiene predisposición genética, se considera que la herencia juega un papel más decisivo en las formas bipolares que en las monopolares. En los humanos dos tipos de rasgos de carácter se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, perfeccionistas y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás. La pérdida de un objeto de amor o la ruptura de ligas de apego, procede a la iniciación de estados depresivos. Los objetos son personas, posesiones, posiciones, adhesiones, expectativas. La pérdida de un ser querido, de la salud, de la imagen narcisista de uno mismo, hace a algunos perder sus sentido de la vida y en personas predispuestas se desencadena la depresión. <sup>(22)</sup>

La depresión unipolar destaca por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países de desarrollo. La depresión afecta a 10% de los

hombres y 20% de las mujeres en algún momento de su vida. La prevalencia específica para el trastorno depresivo mayor reportada es de 4.5 % en mujeres y 2% en hombres, con una prevalencia de global de 3.3%.<sup>(23)</sup>

La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Las mujeres acuden con mayor frecuencia a solicitar atención médica por esta causa, por tener mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones. Los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención.<sup>(24)</sup>

La depresión representa entre el 10% y 20 % de la consulta general, de los cuales poco son diagnosticados. Es un trastorno subdiagnosticado, quizá algunas de las causas sea la falta de reconocimiento por los médicos y la negación de la enfermedad por parte de los pacientes. Las personas deprimidas cursan con más padecimientos físicos que personas sin depresión  
(25, 26)

La depresión además del costo personal, acarrea un gran costo social, económico no solo en cuanto al diagnóstico, tratamiento, días de hospitalización, etc., sino también en costos indirectos, como pérdida de horas de trabajo, pago de pensiones, ausentismo laboral, etc., si se suma el importante sufrimiento personal y familiar, existen motivos más que justificados para que se dediquen a la depresión la atención y los recursos precisos.<sup>(27)</sup>

La falta de apoyo social también parece tener un efecto negativo sobre los tratamientos. En nuestro país respecto al estrato socioeconómico, se reporta

mayor prevalencia de depresión en personas con menor ingreso y mujeres con menor escolaridad. <sup>(28)</sup>

El uso adecuado de escalas clinimétricas (instrumentos de medición) permiten establecer el diagnóstico de depresión y contar con una medida objetiva de los cambios terapéuticos que permite monitorizar su evolución. Un instrumento es el inventario de depresión de Beck (BDI): es una escala autoaplicada de fácil aplicación y corrección, que hace hincapié en los factores cognitivos, por lo que consideramos que es un instrumento muy útil para a partir de las puntuaciones obtenidas en este cuestionario poder seleccionar los pacientes deprimidos y los no deprimidos. <sup>(29)</sup>

Es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica como en la investigación. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de presión. Existen dos versiones la original de 1961 y la de 1978, esta última es una adaptación de Conde et al. A la versión de 1961 y presenta algunos inconvenientes. El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera solo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV y también reflejan, aunque solo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA (problemas de peso-apetito y problemas de sueño). El síntoma de trastornos psicomotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. <sup>(29)</sup>

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica, crónica, degenerativa y de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debida a la deficiente producción o acción de la insulina secretada por el páncreas, afectando el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. <sup>(30, 32)</sup>

Los cambios en la morbilidad y la mortalidad de la diabetes observados a nivel nacional e internacional han mostrado un proceso de transición epidemiológica resultante de los cambios que ocurren en los procesos económico, político y social. La diabetes afecta actualmente a más de 194 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 333 millones en 2025. La mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo. <sup>(33)</sup>

En México, a partir de la década de los 60 la diabetes se ubica dentro de las primeras 20 causas de mortalidad general y desde hace 2 décadas dentro de las primeras diez. En el año 2000 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad, manteniéndose así hasta el 2003 con 59, 912 defunciones, con una tasa de 56.8 por 100, 000 habitantes, sin embargo para el 2024 llegó al segundo lugar con 62, 243 defunciones y una tasa de 59. <sup>(33)</sup>

La morbilidad en México para el 2005 alcanzó el décimo lugar a nivel mundial con una prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años de edad; de este gran total, 2 millones de personas no ha sido diagnosticadas. En el estado de Zacatecas, la diabetes mellitas ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad con tendencia al aumento. Para el año 2000 su prevalencia fue del 9% en adultos de 20 a 69 años de edad. <sup>(36)</sup>

Es muy importante tener en mente los factores de riesgo que en un momento dado son desencadenantes de diabetes tipo 2. Cuantos más factores de riesgo se presenten en una misma persona, más se estará en riesgo de desarrollar diabetes. <sup>(37)</sup>

Existen factores de riesgo no modificables y modificables; los cuales se describen a continuación:

Factores de riesgo no modificables:

Herencia: ciertos grupos étnicos parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afroamericanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes mellitus tipo 2 corre el riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Respecto a la enfermedad entre gemelos monocigóticos la concordancia es del 60 al 100%.

Edad. Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes mellitas tipo 3, pero a manera que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con diabetes tipo 2. El promedio de edad al momento del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 es más bajo en grupos raciales, que tienen una alta carga genética para el desarrollo de la diabetes.

Sexo. A pesar de las inconsistencias en los estudios, los datos nacionales indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad, es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5% y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres México-americanas (10.9%) que los hombres México-americanos (7.7%).

Raza. Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que las personas de origen caucásico.

Factores de riesgo modificables

Obesidad. Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta en forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno que es debido al menos en parte a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso corporal aumenta. Las personas

con una historia familiar de diabetes se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal. El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo e intraabdominal, se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En los hombres no debe ser mayor a 102 cm. Y en mujeres no mayor a 88 cm.

**Sedentarismo.** La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana está asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2. El efecto protector del ejercicio puede ser la prevención de la resistencia a la acción de la insulina y produciendo una mejor acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo y hepático.

**Dieta.** La ingesta de calorías y los componentes de la alimentación tales como hidratos de carbono y grasas son factores que influyen en el incremento de peso y desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2. Una alimentación alta en grasas está asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo.

**Tabaquismo.** Se ha demostrado que el fumar condiciona poca acción de la insulina en el tejido muscular, graso y hepático; además las personas que fuman tienen elevación del colesterol LDL, que a su vez, es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.

**Urbanización.** Los cambios en el estilo de vida en grupos de población susceptibles, pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización es relacionada a ciertos cambios en el estilo de vida, como son la alimentación y la actividad física, que traen como consecuencia un incremento en la obesidad.

Alteraciones metabólicas de la diabetes:

- a) Pre diabetes: Estudios recientes en diferentes países han demostrado que en grupos de pacientes con pre diabetes se puede retardar o prevenir la progresión a diabetes tipo 2. La Asociación Americana de Diabetes recomienda que todas las personas con pre diabetes, con

sobrepeso y una edad mayor de 45 años, deben ser considerados candidatos para prevención de diabetes; al igual que personas menores de 45 años de edad, con sobrepeso, pre diabetes y otros factores de riesgo.

- b) Resistencia a la acción de la insulina. Sin lugar a dudas la resistencia a la acción de la insulina es el elemento central que habrá que tomarse en cuenta en toda persona como parte de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.
- c) Embarazo. Hay una relación directa entre el número de embarazos con la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2; a mayor número de embarazos mayor probabilidad de desarrollar diabetes. Además, la mujer que presenta diabetes gestacional y que normaliza su glucosa después del embarazo tiene un riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 de aproximadamente 5 a 10% cada año, en otras palabras 5 a 10 pacientes que tuvieron diabetes mellitus gestacional, después del parto desarrollaran diabetes.

Clasificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención y control de la diabetes. <sup>(33)</sup>

Diabetes tipo 1

- a) Diabetes Inmunomediada
- b) Diabetes Idiopática

Diabetes tipo 2

Otros tipos

Diabetes Mellitus Gestacional

Clasificación CIE-10 <sup>(35)</sup>

- E10 Insulinodependiente
- E11 No insulinodependiente con o sin obesidad de comienzo en la madurez
- E12 Diabetes con desnutrición insulinodependiente o no insulinodependiente
- E13 Otras diabetes

- E14 No especificada

De acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes 1997, la Diabetes Mellitus se clasifica de la siguiente manera:

I. Diabetes tipo 1 (Destrucción de la célula b, llevando usualmente a deficiencia absoluta de insulina): Mediada inmunológicamente, Idiopática

II. Diabetes tipo 2. (Puede caracterizarse desde predominantemente resistencia a la insulina con deficiencia relativa de insulina a un defecto secretor con resistencia a la insulina)

III. Otros tipos específicos: defectos genéticos de disfunción de la célula b, defectos genéticos de la acción de insulina, enfermedades del páncreas exógeno (pancreatitis, trauma, neoplasia, fibrosis quística, enfermedad fibrocalculosa, entre otros); endocrinopatías (acromegalia, Síndrome de Cushing, feocromocitoma, etc.); medicamentosa o inducida por agentes químicos; infecciones (rubéola congénita, citomegalovirus, etc.).

IV. Diabetes mellitus gestacional.

La aparición de trastornos en el metabolismo de la glucosa, las cifras elevadas de insulina de ayuno, la edad y el índice de masa corporal, son factores que propician el desarrollo de diabetes mellitus; por lo que las acciones correctivas para evitar la obesidad y la hiperinsulinemia resultante deben ser prioritarias en el contexto de la salud pública.

Los criterios diagnósticos de la diabetes mellitus (1997) <sup>(34)</sup> se utilizan para establecer el diagnóstico clínico. Se realiza en presencia de síntomas de hiperglucemia como son: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa. Los pacientes con hiperglucemia con cifras de glucosa menores a 180 mg/dl suelen ser asintomáticos. Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga, letargia, somnolencia, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdida s del plano de sustentación, manifestaciones genitourinarias y alteraciones del estado de conciencia. El diagnóstico de diabetes, se debe establecer cuando ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:

- Glucosa plasmática en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl.

- En una prueba de tolerancia a la glucosa, el valor a las 2 horas es igual o mayor a 200 mg/dl.
- En presencia de síntomas de hiperglucemia o cuando la medición no se hizo en ayunas bastará la concentración de glucosa igual o mayor a 200 mg/dl para hacer el diagnóstico.

El tratamiento tiene como objetivo aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por complicaciones. <sup>(34)</sup>

Manejo no farmacológico: Incluye el control de peso, plan alimenticio, educación del paciente y su familia, automonitoreo y grupos de ayuda.

Manejo no farmacológico. Los medicamentos utilizados son del tipo de sulfonilureas, biguanidas, insulina o combinaciones de estos medicamentos. También pueden ser utilizados los inhibidores de la alfa-glucosidasa, tiazolidinedionas y otros.

Vigilancia de complicaciones. La frecuencia de las consultas depende de las metas del tratamiento, de los ajustes del mismo, así como de la evolución de la enfermedad. La revisión del paciente deberá incluir el examen de los ojos, función renal, cardiovascular; así como del estado neurológico en la búsqueda y prevención de las complicaciones.

Referencia a segundo nivel. Ante la falta de cumplimiento de las metas a pesar del tratamiento farmacológico, por falta de respuesta al tratamiento o por complicaciones agudas o crónicas. <sup>(34)</sup>

Con respecto a complicaciones de la diabetes mellitus, se ha mencionado la relación que existe entre éstas y la depresión, principalmente porque disminuye la calidad de vida del enfermo, ya que es preciso tomar más medicamentos y visitar con frecuencia al médico. Esta observación tiene importantes implicaciones con el control metabólico, debido a que los pacientes con glucemias elevadas muestran depresión. Es probable que los individuos con

incumplimiento terapéutico tengan un descontrol crónico que los predisponga a sufrir éste padecimiento. Los pacientes con hiperglucemia tienen una mayor tendencia a deprimirse. <sup>(39)</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La diabetes mellitus es una enfermedad de interés mundial, ya que resulta preocupante el rápido desarrollo de complicaciones a edades cada vez más tempranas.

A pesar de que en los últimos años se ha enfatizado en la educación al paciente y a sus familiares acerca de las medidas higiénico-dietéticas y medicamentosas; no se ha logrado un verdadero impacto.

Es importante señalar que, no solo se compromete el estilo de vida de quien la padece, sino también del resto de la familia al compartir la experiencia de padecer una enfermedad crónica, uno viviendo la enfermedad y otro ejerciendo el rol de cuidador. Es por eso que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar y su asociación con depresión en pacientes diabéticos tipo 2?

## 5. JUSTIFICACION

La diabetes mellitus es un problema de salud pública con gran **magnitud** ya que a nivel mundial existen alrededor de 30 millones de personas con dicha enfermedad. En México, el 7% de la población en general tiene el diagnóstico de diabetes.

La **trascendencia** de este problema radica en los cambios en el estilo de vida de quienes la padecen, por la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, además del dolor y ansiedad que llega a presentar el paciente, situación que en un momento dado puede alterar la dinámica de la familia e influir en la salud-enfermedad del paciente diabético.

El presente estudio se realizará para conocer la funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la salud del diabético ya que las acciones tempranas que se tomen en el desarrollo de la enfermedad son más benéficas en términos de calidad de vida y más efectivas en cuanto a costo, específicamente si esta acción puede prevenir hospitalizaciones.

Se cree, que los pacientes que viven dentro de un ambiente familiar disfuncional, tienen mayor **vulnerabilidad** a presentar complicaciones; de tal manera que, la **factibilidad** para una mejor calidad de vida será mayor a medida que se pueda mejorar el ambiente familiar.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General.**

- ❖ Describir la funcionalidad familiar y su asociación con depresión en pacientes diabéticos tipo 2

### **6.2 Objetivos Específicos.**

1. Evaluar la funcionalidad familiar en sus aspecto de cohesión y adaptabilidad
2. Determinar la presencia de depresión en el paciente diabético tipo 2
3. Identificar características sociodemográficas en pacientes diabéticos tipo 2 (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación)

## **7. HIPOTESIS**

El presente estudio de investigación no requiere hipótesis, ya que es una investigación de tipo descriptiva.

## **8. METODOLOGIA**

### **8.1 Tipo de estudio**

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal no comparativo
- Prospectivo

### **8.2 Población, lugar y tiempo de estudio.**

8.2.1 Población: Pacientes ambos géneros y edad de 20-79 años con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. El universo de trabajo está conformado por 7398 pacientes adscritos a la Unidad de los cuales 6494 se encuentran adscritos a médico familiar. En el censo obtenido de la Red Local de Consulta se encuentran 559 pacientes diabéticos, se revisa dicho censo, se eliminan los duplicados, se depura y se obtiene un censo validado con 477 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

8.2.2 Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS de la Delegación Estatal Zacatecas.

8.2.3 Tiempo: Del 1 de julio al 31 de octubre de 2010.

## **8.3 Muestreo**

### 8.3.1 Tipo de muestra

Se utilizó muestreo no probabilístico, por conveniencia; se aplicó la cédula a pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS ubicada en el municipio de Morelos, Zac., registrados en el periodo del 1 de julio al 31 de octubre de 2010. Se seleccionó la población de estudio hasta completar 73 encuestas.

### 8.3.2. Tamaño de la muestra:

No se requiere establecer el tamaño de muestra por tratarse de un estudio no probabilístico.

## **8.4 Criterios de selección**

### 8.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Morelos, Zac.
- Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, que se encuentren llevando control en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Morelos, Zac. del IMSS.
- Edad de 20 a 79 años
- Género indistinto
- Cualquier estadio de la enfermedad o con cualquier complicación.
- Pacientes diabéticos tipo 2 que convivan en familia.

### 8.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes diabéticos mayores de 79 años
- Pacientes de 20 a 79 años que no convivan con su familia

### 8.4.3 Criterios de eliminación

- No existen porque el investigador principal será el que aplicará las encuestas.

## **8.5 Información a recolectar (Variables a recolectar)**

8.5.1 Variable dependiente: Diabetes Mellitus tipo 2

8.5.2 Variables independientes:

- Funcionalidad familiar
- Depresión

8.5.3 Variables universales

- Edad
- Género
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Enfermedad concomitante
- Años de diagnóstico de la enfermedad
- Glicemia

#### 8. 5. 4 Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Funcionalidad familiar</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las que atraviesa.
<i>Definición Operacional</i>	Función familiar obtenida mediante la aplicación del FACES III, el cual consta de 20 ítems y estudia los aspectos de cohesión y adaptabilidad.
<i>Categoría</i>	No relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada, rígida, estructurada, flexible, caótica.
<i>Escala de medición</i>	Politómica
<i>Tipo de variable</i>	Cualitativa

<b>Variable</b>	<b>Depresión</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo, los sentimientos de minusvalía o baja autoestima, el autoreproche, la culpa, etc. Con duración de más de dos semanas.
<i>Definición Operacional</i>	Se medirá con el inventario para depresión de Beck.
<i>Categoría</i>	Normal o sin depresión, depresión: leve, moderada y severa.
<i>Escala de medición</i>	Ordinal
<i>Tipo de variable</i>	Cualitativa

<b>Variable</b>	<b>Edad</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad.
<i>Definición Operacional</i>	Años cumplidos al momento de la encuesta.
<i>Categoría</i>	Años
<i>Escala de medición</i>	Ordinal
<i>Tipo de variable</i>	Cuantitativa

<b>Variable</b>	<b>Género</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Clasificación de hombres y mujeres teniendo en cuenta las características fenotípicas.
<i>Definición Operacional</i>	Condición determinada por observación
<i>Categoría</i>	Hombre, mujer
<i>Escala de medición</i>	Dicotómica
<i>Tipo de variable</i>	Cualitativa Nominal

<b>Variable</b>	<b>Escolaridad</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica).
<i>Definición Operacional</i>	Es el grado educativo más alto al momento de la encuesta
<i>Categoría</i>	Analfabeta, Primaria incompleta, Primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica, preparatoria incompleta, preparatoria completa, licenciatura incompleta, licenciatura completa, posgrado.
<i>Escala de medición</i>	Ordinal
<i>Tipo de variable</i>	Politómica

<b>Variable</b>	<b>Estado Civil</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Calidad de un individuo en orden a sus relaciones en familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles.
<i>Definición Operacional</i>	De acuerdo a la condición civil al momento de la encuesta.
<i>Categoría</i>	Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
<i>Escala de medición</i>	Nominal
<i>Tipo de variable</i>	Politómica

<b>Variable</b>	<b>Ocupación</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo.
<i>Definición Operacional</i>	Función(es) o actividades que desempeñe al momento de la encuesta.
<i>Categoría</i>	Hogar, obrero, empleado, profesionista, jubilado, desempleado.
<i>Escala de medición</i>	Nominal
<i>Tipo de variable</i>	Politómica

<b>Variable</b>	<b>Años de diagnóstico de la enfermedad</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Es el lapso transcurrido desde el inicio de la enfermedad que se trate hasta la actualidad
<i>Definición Operacional</i>	Tiempo ocurrido desde momento del diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica a la fecha de la encuesta
<i>Categoría</i>	Años
<i>Escala de medición</i>	Ordinal
<i>Tipo de variable</i>	Cuantitativa

<b>Variable</b>	<b>Glucemia</b>
<i>Definición Conceptual</i>	La glucemia es la medida de concentración de glucosa en el plasma. En ayunas, los niveles normales de glucosa oscilan entre los 70 mg/dl y los 100 mg/dL. Cuando la glucemia es inferior a este umbral se habla de "hipoglucemia" "; cuando se encuentra entre los 100 y 125 mg/dL se habla de "glucosa alterada en ayuno", y cuando supera los 126 mg/dL se alcanza la condición de "hiperglucemia" ". Constituye una de las más importantes variables que se regulan en el medio interno.
<i>Definición Operacional</i>	Cantidad de glucosa en sangre
<i>Categoría</i>	Mg/dl
<i>Escala de medición</i>	Ordinal
<i>Tipo de variable</i>	Cuantitativa

<b>Variable</b>	<b>Enfermedad Concomitante</b>
<i>Definición Conceptual</i>	Es la denominación de la causa de ausencia del bienestar bio-psico-social de un individuo, y que acompaña a la enfermedad principal.
<i>Definición Operacional</i>	Enfermedad que aparece conjuntamente a la Diabetes Mellitus.
<i>Categoría</i>	Diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia, otro.
<i>Escala de medición</i>	Nominal
<i>Tipo de variable</i>	Cuantitativa

## **8.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Después de haberse autorizado el protocolo de estudio por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. Emilio Varela Lujan" del IMSS en Zacatecas, Zacatecas; se obtuvo el censo de pacientes diabéticos de la Red Local de Consulta y se depuró a los pacientes duplicados, se obtuvo el censo real y validado de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Morelos, Zac. y se les invitó a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión a participar en el presente estudio, se les explicó las condiciones del mismo, que su participación será de forma voluntaria y confidencial. Se les solicitó autorización mediante carta de consentimiento informado. A los pacientes mayores de 64 años se les realizó el test Minimental y a los pacientes que adquirieron el puntaje requerido se les aplicó la encuesta.

La aplicación de cédula de recolección de datos se llevó a cabo del 1 de julio al 31 de octubre de 2010. Se inició con los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa. El personal que aplicó fue el investigador principal.

Se capturó la información mediante 2 instrumentos: un cuestionario estructurado, autoadministrado, con un total de 45 preguntas de opción múltiple. Para establecer el diagnóstico de funcionalidad familiar se aplicó la escala de evaluación FACES III, el cual es un instrumento que consta de 20 preguntas cada una de ellas de opción múltiple y que nos permite evaluar la cohesión y la adaptabilidad de la familia en una escala de tipo nominal; para identificar la depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el cual consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el paciente eligió aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. Los instrumentos se respondieron en un tiempo aproximado de 20 minutos.

## **8.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente protocolo cumple con la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto a aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continua de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3<sup>o</sup>, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se enviará para registro y aprobación al Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona No. 1IMSS, Zacatecas.

Se solicitó el consentimiento informado de los participantes; se guardará la confidencialidad de sus datos personales.

## 9. RESULTADOS

### 9.1 ANALISIS ESTADISTICO

Se elaboró una base de datos en SPSS v.15. Para variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar) y para variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes, y ji cuadrada ( $X^2$ ) con un nivel de error de 0.05 (5%) y un índice de confianza del 95%. Para determinar la asociación se utilizará la razón de momios (OR) con intervalo de confianza (IC) de 95%.

Se encuestaron a 73 pacientes Diabéticos Tipo 2, Edad media de 55 años, D.E.  $\pm 8$  años y rangos 40-76 años. Tiempo de Evolución de DM con una Media de 9 años, D.E.  $\pm 6$  años y rangos 2-25 años. Ultima glucosa con media de 156.6 mg/dl, D.E.  $\pm 40.3$  mg/dl y rangos 55-250 mg/dl. Predominó el sexo femenino en un 67.6 % de este género se presentó una disfuncionalidad de 53.5 % y una capacidad de adaptación de 19.7 % Presentando en un 72.2 % los pacientes sin depresión.

De los 73 pacientes diabéticos tipo 2, 48 (65.75%) fueron mujeres y 25 (34.24%) fueron hombres. De acuerdo a su estado civil: 63 (86%) estaban casados, 3 (4%) divorciados) 1 (1.3%) vive en unión libre y 6 (8.2%) son viudos. Respecto a su ocupación: 43 (58.90%) pacientes se dedican al hogar, 20 (27.39%) pacientes son obreros, 4 (5.47%) son empleados y el resto (6 pacientes, que es el 8.21%) tenían una ocupación diferente.

Respecto al antecedente de hipertensión arterial, 41 de ellos (56.16%) lo presentaron; ninguno de los pacientes tuvo el antecedente de insuficiencia renal crónica; la mayoría de ellos es decir 72 (98.64%) tuvieron el antecedente de neuropatía, 53 pacientes (72.61%) tuvieron el antecedente de hipercolesterolemia.

Del gran total (73 pacientes) 51 (69.86%) no tuvieron depresión, 12 (16.43%) presentaron depresión leve y 10 (13.69%) presentaron depresión severa;

ninguno de ellos presentó depresión moderada de acuerdo al inventario de Beck.

La funcionalidad familiar de los pacientes que tuvieron depresión leve (12), se reflejó de la siguiente manera: en lo referente a la cohesión 8 pacientes tuvieron disfuncionalidad familiar, 7 (58.33%) pertenecieron a una familia no relacionada y 1 (8.33%) perteneció a una familia aglutinada. 4 (33.32%) pacientes se encontraron dentro de una familia funcional: en familia relacionada y 2 en familia semirelacionada. Referente a la adaptabilidad 6 pacientes (50%) se encontraron viviendo en una familia disfuncional, 4 (33.33%) dentro de una familia rígida y 2 (16.66%) dentro de una familia caótica. Las glicemias de éstos pacientes se vieron alteradas en cifras que van desde 130 a 170 mg/dl.

La funcionalidad familiar de los pacientes que tuvieron depresión severa (10), se reflejó de la siguiente manera: en lo referente a la cohesión los 10 pacientes tuvieron disfuncionalidad familiar (100%) pues pertenecieron a una familia aglutinada. En lo referente a la adaptabilidad únicamente 2 (20%) se encontraron dentro de familia disfuncional, específicamente dentro de familia caótica; y el resto 8 dentro de una familia funcional. Las glicemias de éstos pacientes se vieron afectadas con glicemias que van de 134 a 250 mg/dl.

Relativo al análisis comparativo entre la variable de depresión relacionada con la disfuncionalidad de cohesión y variables independientes se encontró los pacientes con escolaridad con un OR de 1548 valor de p Menor que 0.000 (IC 5.15- 40-72) hipertensión arterial con un OR de 4.46 valor de p 0.009 (IC 1.77- 11.25)., con colesterol presenta OR 2.45 valor de p menor que 0.01 (IC 1.15 – 5.20) con retinopatía presenta un OR 2.10 con valor de p 0.04 ( IC 1.22-6.01), en el estado civil presenta un OR de 1.48 con valor de p menor que .27 ( IC. 0.72- 3.04), escolaridad de OR 1.32 valor de p 0.40 (IC de 0.65-2.69).

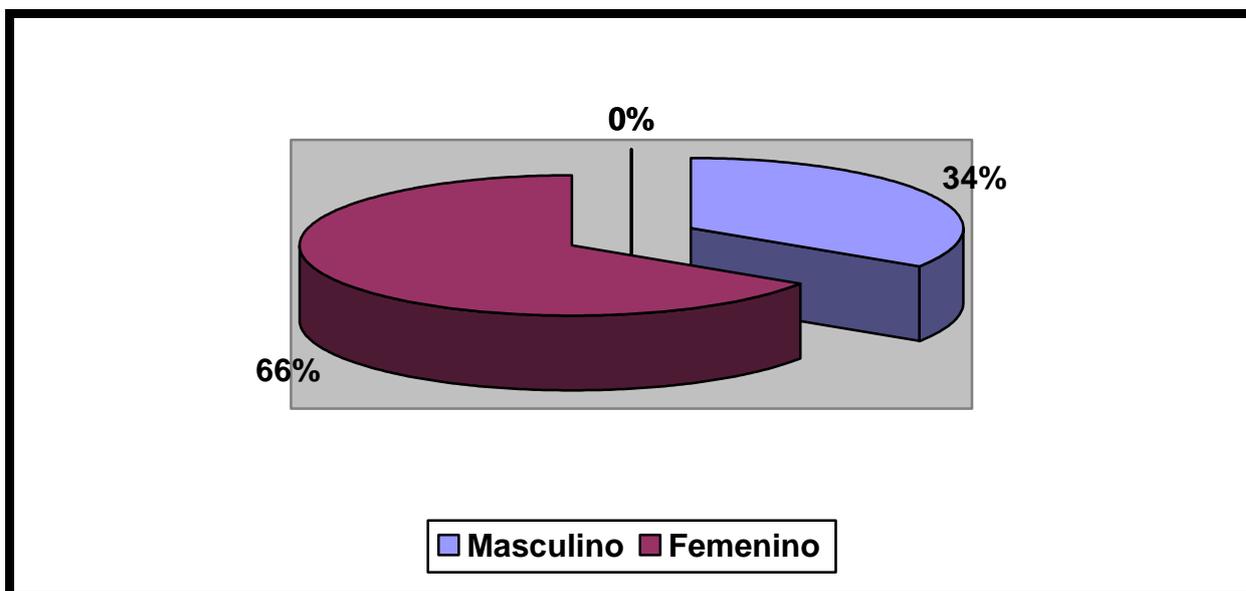
## 9.2 TABLAS Y GRÁFICAS

**Tabla 1. Sexo de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	48	65.75	65.75	65.75
Masculino	25	34.24	34.24	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 1. Sexo de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



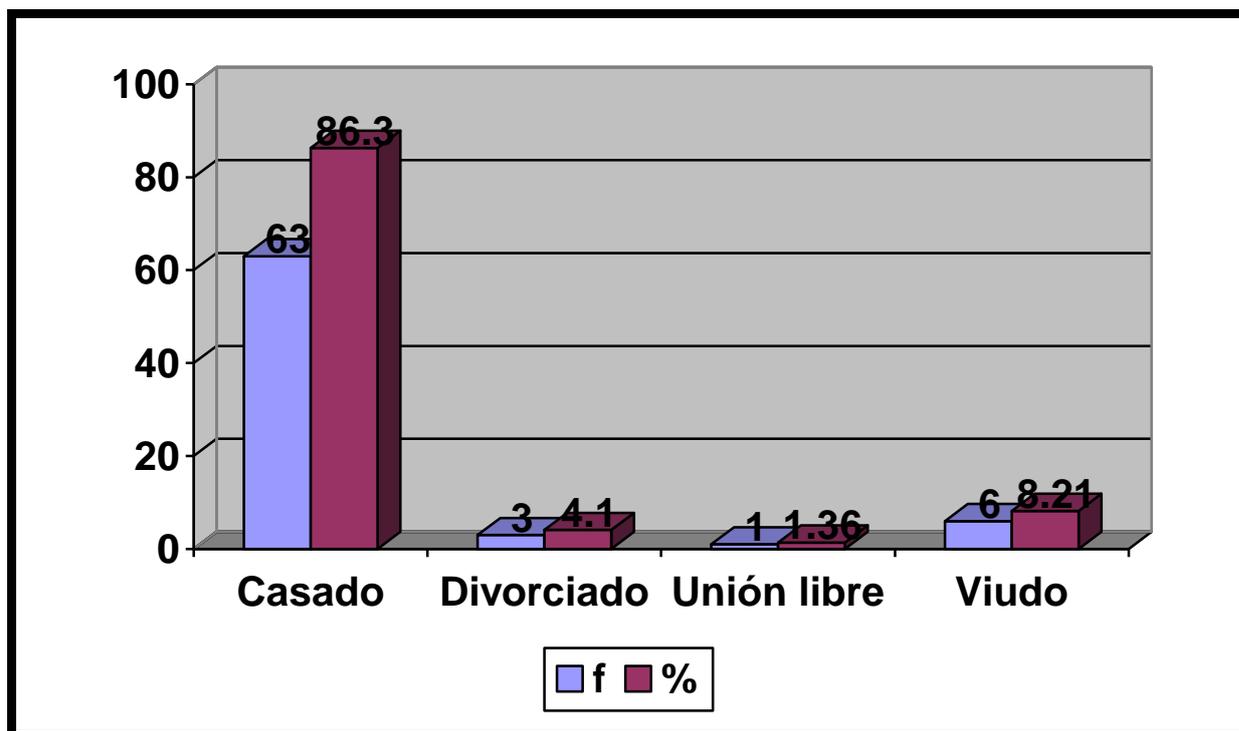
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 2. Estado civil de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado	63	86.30	86.30	86.30
	Divorciado	3	4.10	4.10	90.44
	Unión libre	1	1.36	1.35	91.79
	Viudo	6	8.21	8.21	100.0
	Total	73	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 2. Estado civil de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



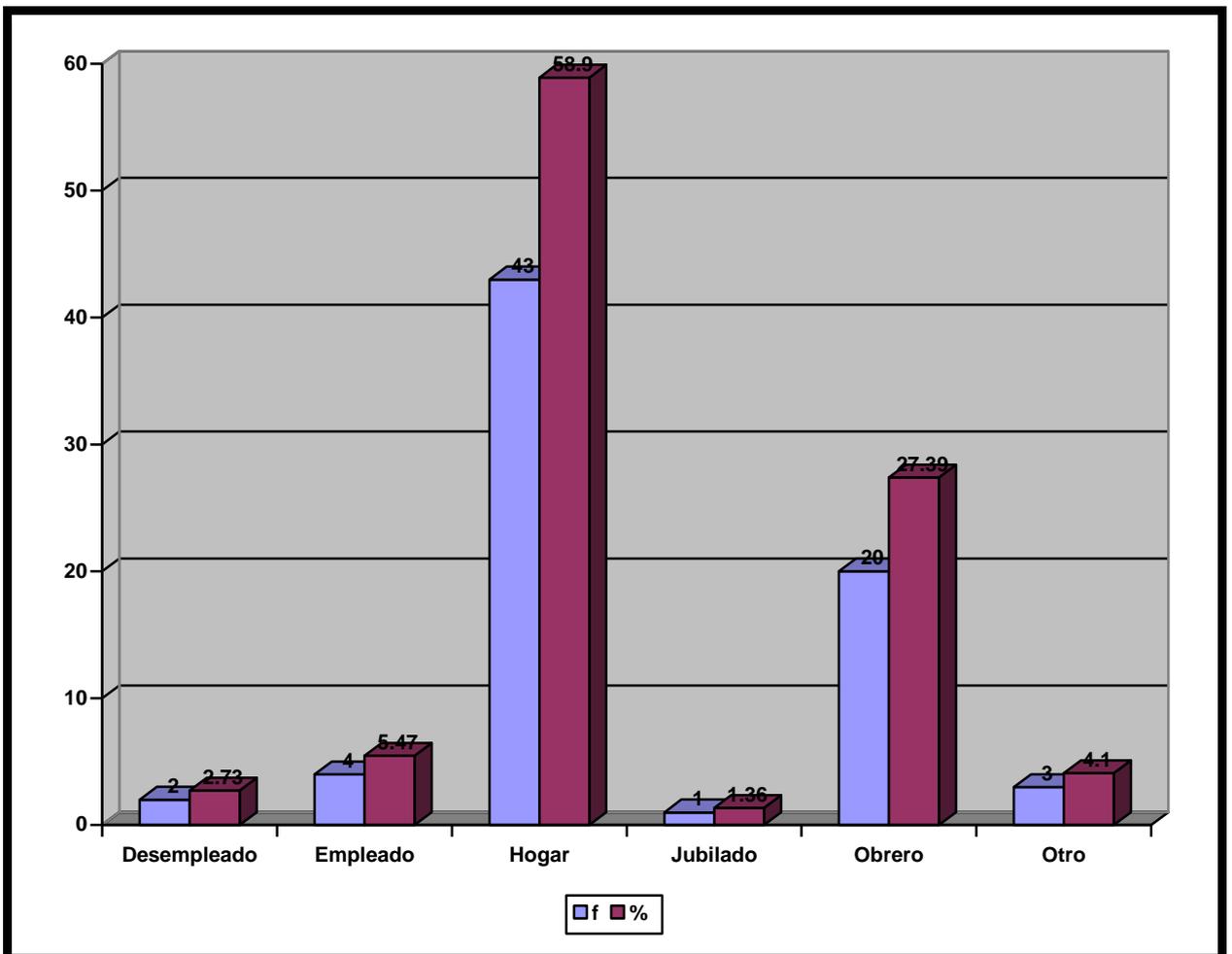
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 3. Ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	2	2.73
Empleado	4	5.47
Hogar	43	58.90
Jubilado	1	1.36
Obrero	20	27.39
Otro	3	4.10
Total	73	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 3. Ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



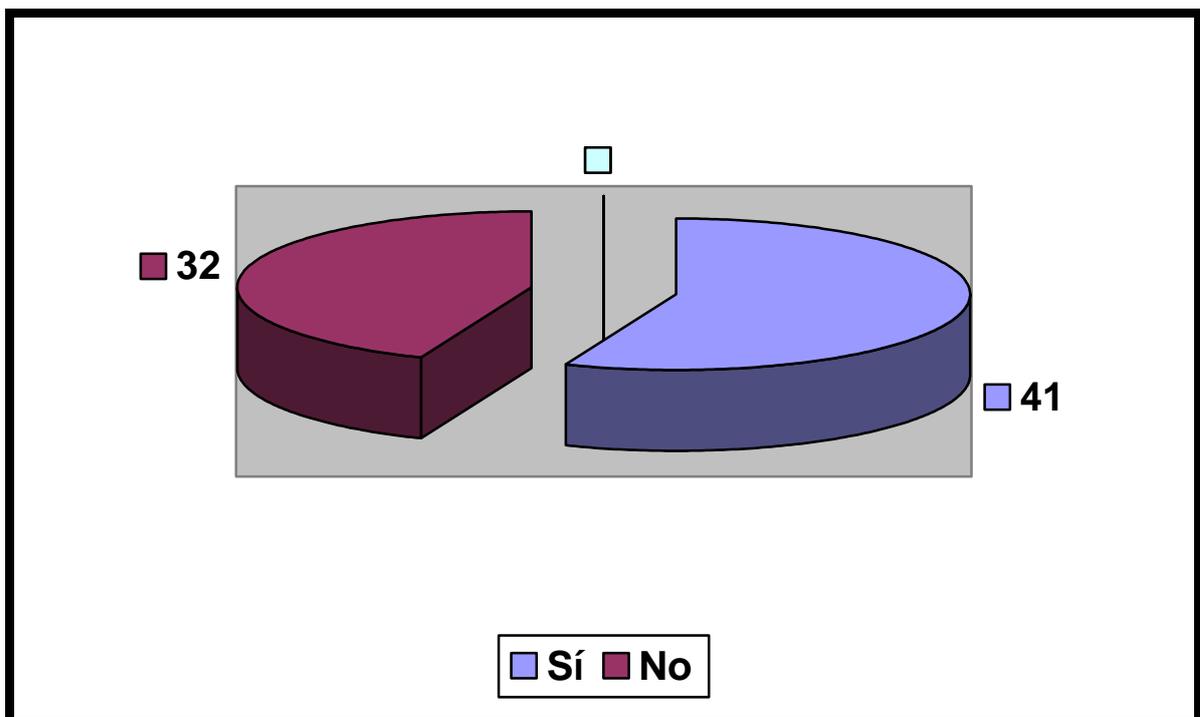
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 4. Antecedente de hipertensión arterial sistémica de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	41	56.16
No	32	43.84
Total	73	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 4. Antecedente de hipertensión arterial sistémica de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



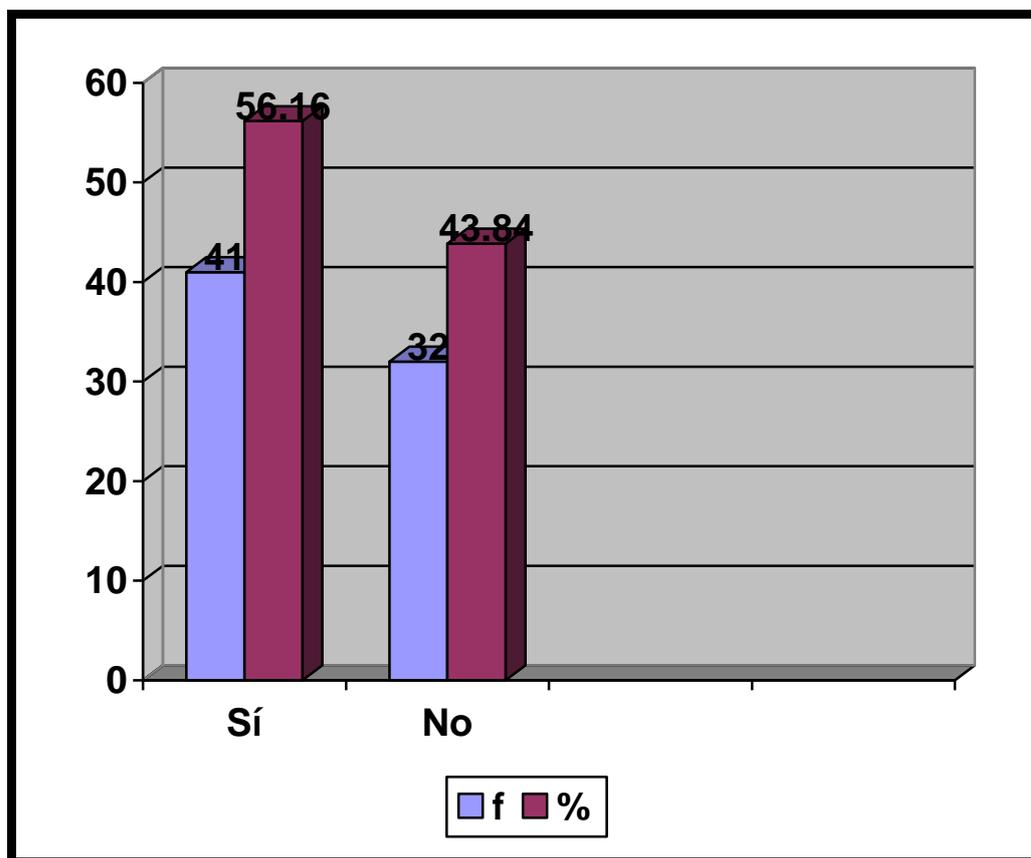
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 5. Antecedente de hipercolesterolemia de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	27.39
No	53	72.61
Total	73	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 5. Antecedente de hipercolesterolemia de los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



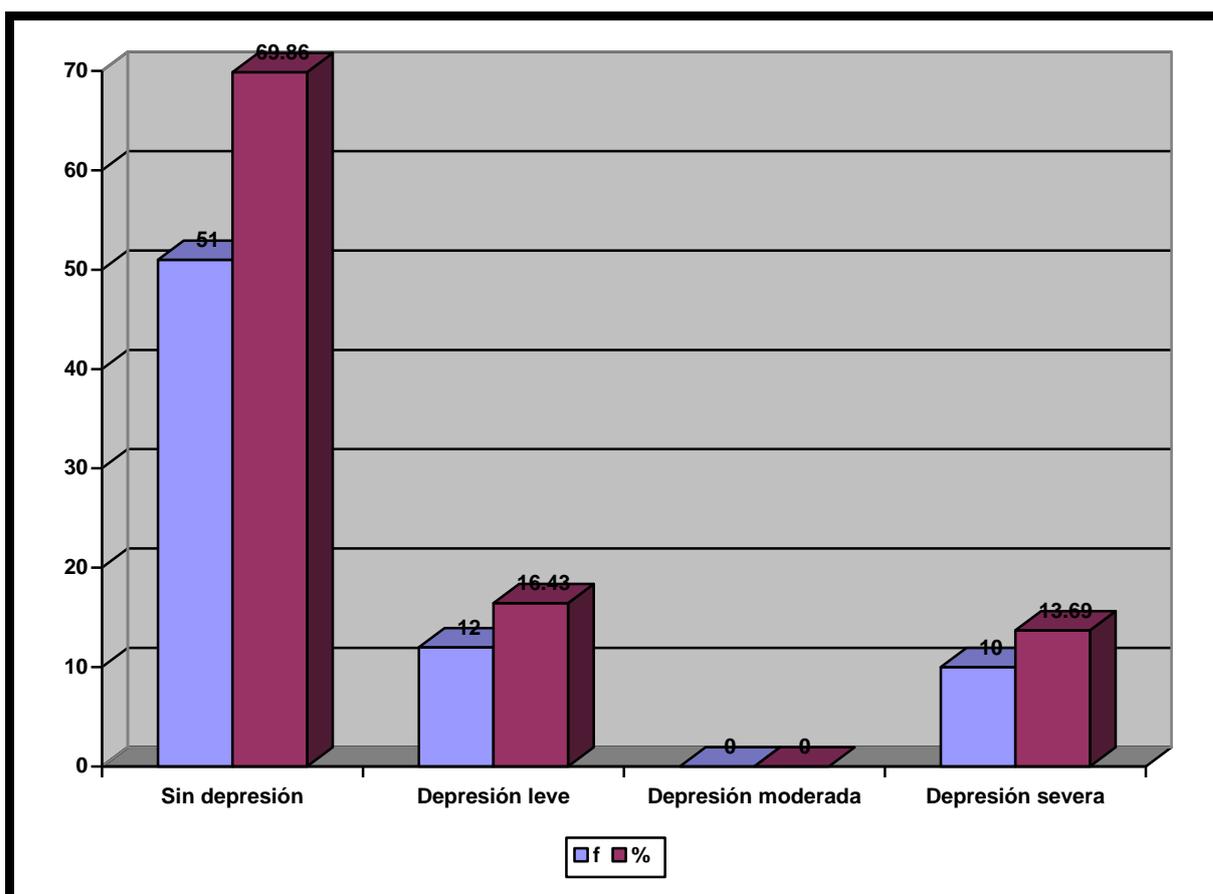
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 6. Presencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	51	69.86
Depresión leve	12	16.43
Depresión moderada	0	0
Depresión severa	10	13.69
Total	73	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 6. Presencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



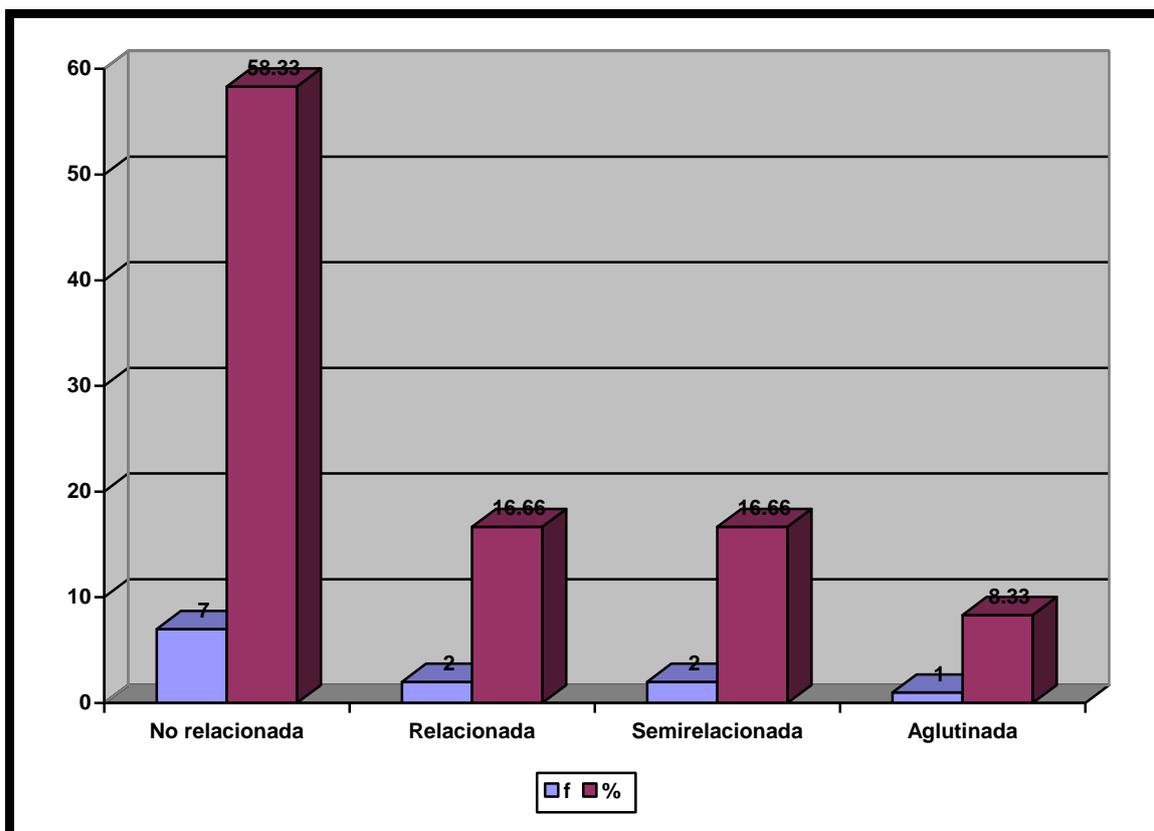
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 7. Funcionalidad familiar en el aspecto de cohesión en pacientes con depresión leve encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Familia no relacionada (disfuncional)	7	58.33
Familia relacionada (funcional)	2	16.66
Familia semirelacionada (funcional)	2	16.66
Familia aglutinada (disfuncional)	1	8.33
Total	12	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 7. Funcionalidad familiar en el aspecto de cohesión en pacientes con depresión leve encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



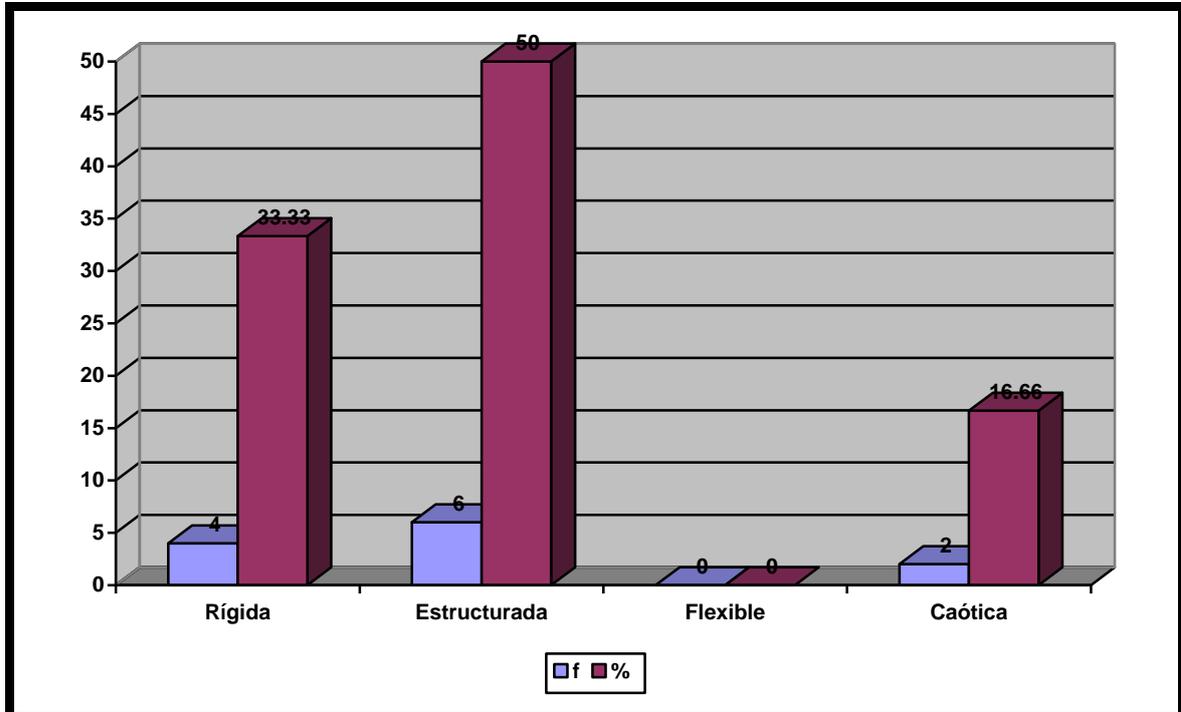
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 8. Funcionalidad familiar en el aspecto de adaptabilidad en pacientes con depresión leve encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Familia rígida (disfuncional)	4	33.33
Familia estructurada (funcional)	6	50
Familia flexible (funcional)	0	0
Familia caótica (disfuncional)	2	16.66
Total	12	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 8. Funcionalidad familiar en el aspecto de adaptabilidad en pacientes con depresión leve encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



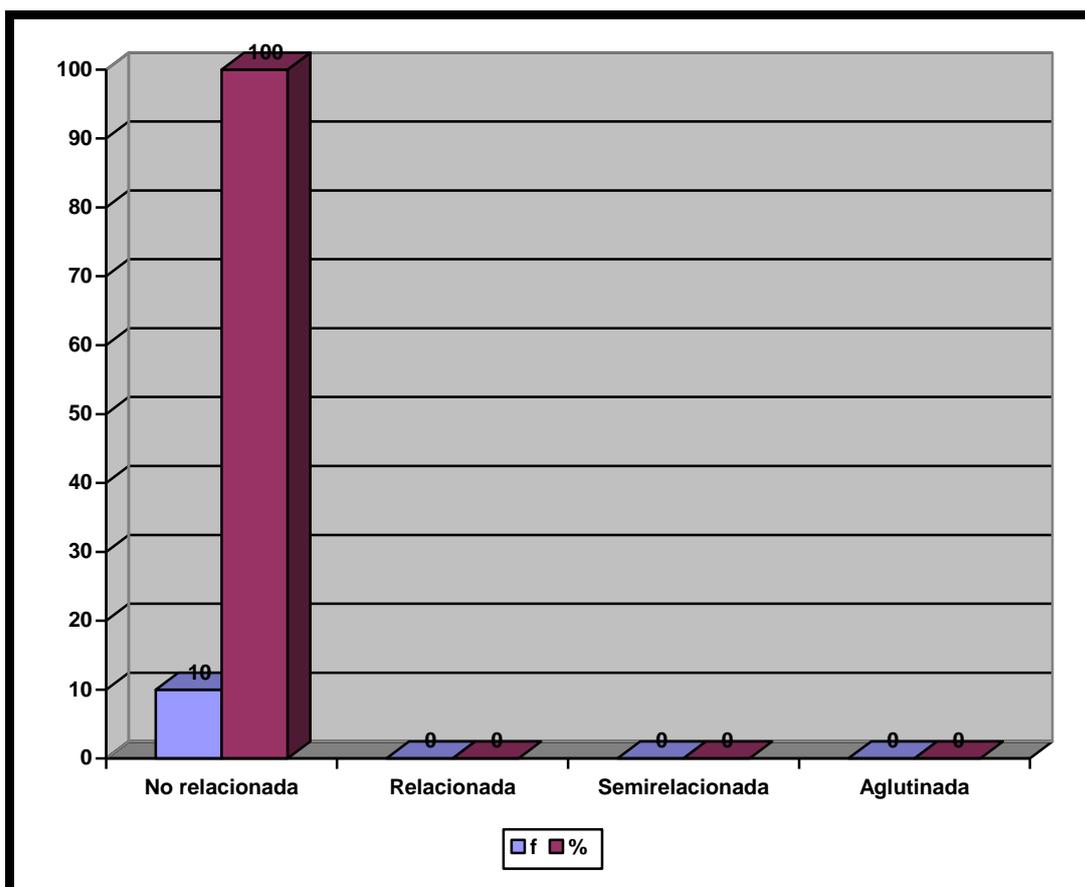
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 9. Funcionalidad familiar en el aspecto de cohesión en pacientes con depresión severa; encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Familia no relacionada (disfuncional)	10	100
Familia relacionada (funcional)	0	0
Familia semirelacionada (funcional)	0	0
Familia aglutinada (disfuncional)	0	0
Total	10	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 9. Funcionalidad familiar en el aspecto de cohesión en pacientes con depresión severa; encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



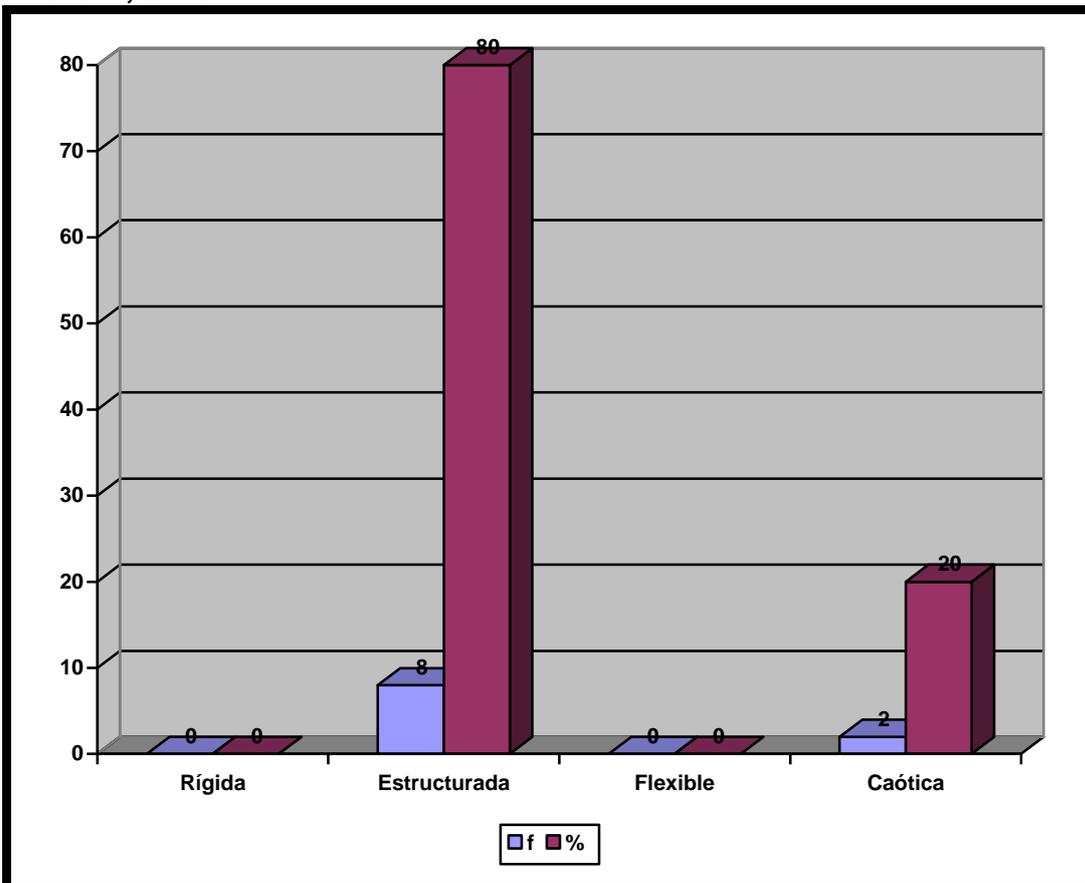
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 10. Funcionalidad familiar en el aspecto de adaptabilidad en pacientes con depresión severa encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

	Frecuencia	Porcentaje
Familia rígida (disfuncional)	0	0
Familia estructurada (funcional)	8	80
Familia flexible (funcional)	0	0
Familia caótica (disfuncional)	2	20
Total	10	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 10. Funcionalidad familiar en el aspecto de adaptabilidad en pacientes con depresión severa encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



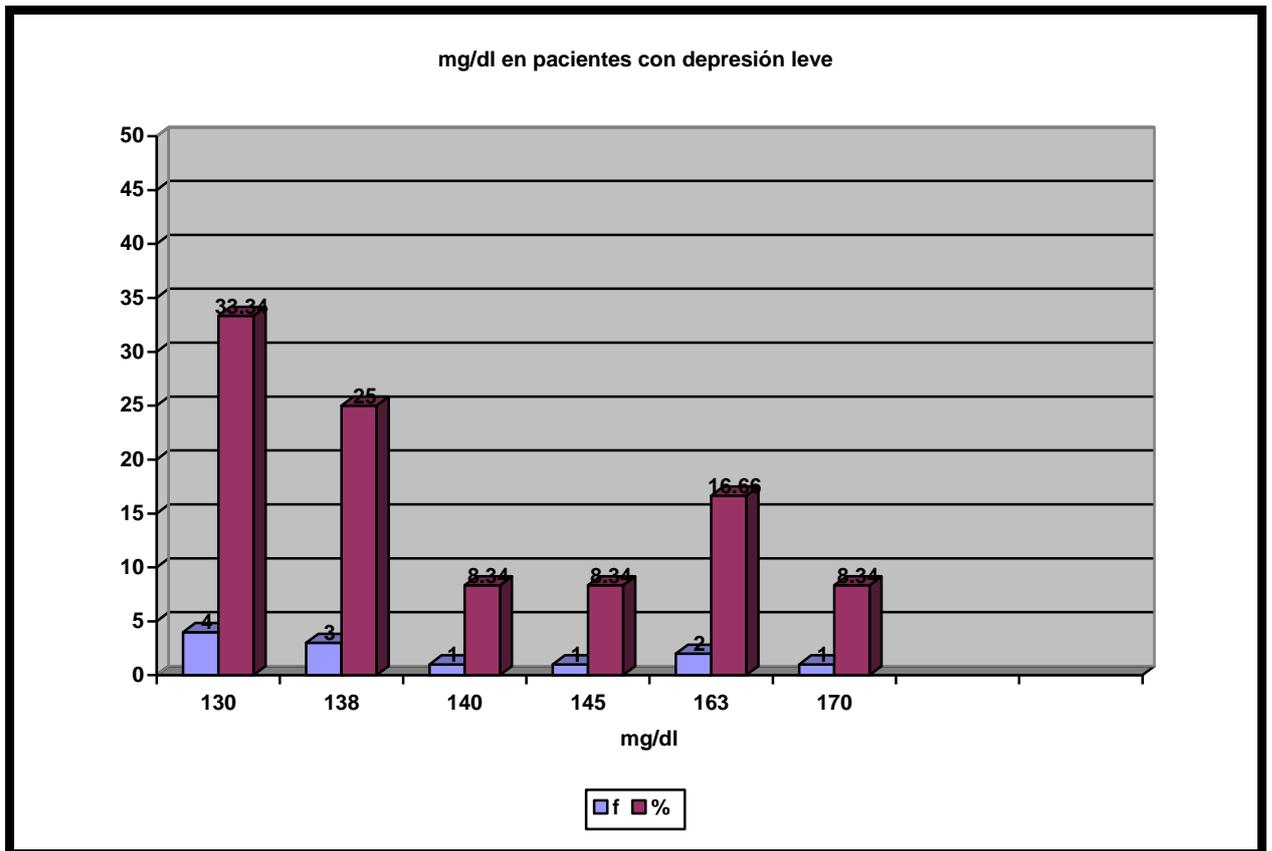
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 11. Glicemias de los pacientes con depresión leve encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

Mg/dl	Frecuencia	Porcentaje
130	4	33.34
138	3	25
140	1	8.34
145	1	8.34
163	2	16.66
170	1	8.34
Total	12	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 11. Glicemias de los pacientes con depresión leve encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



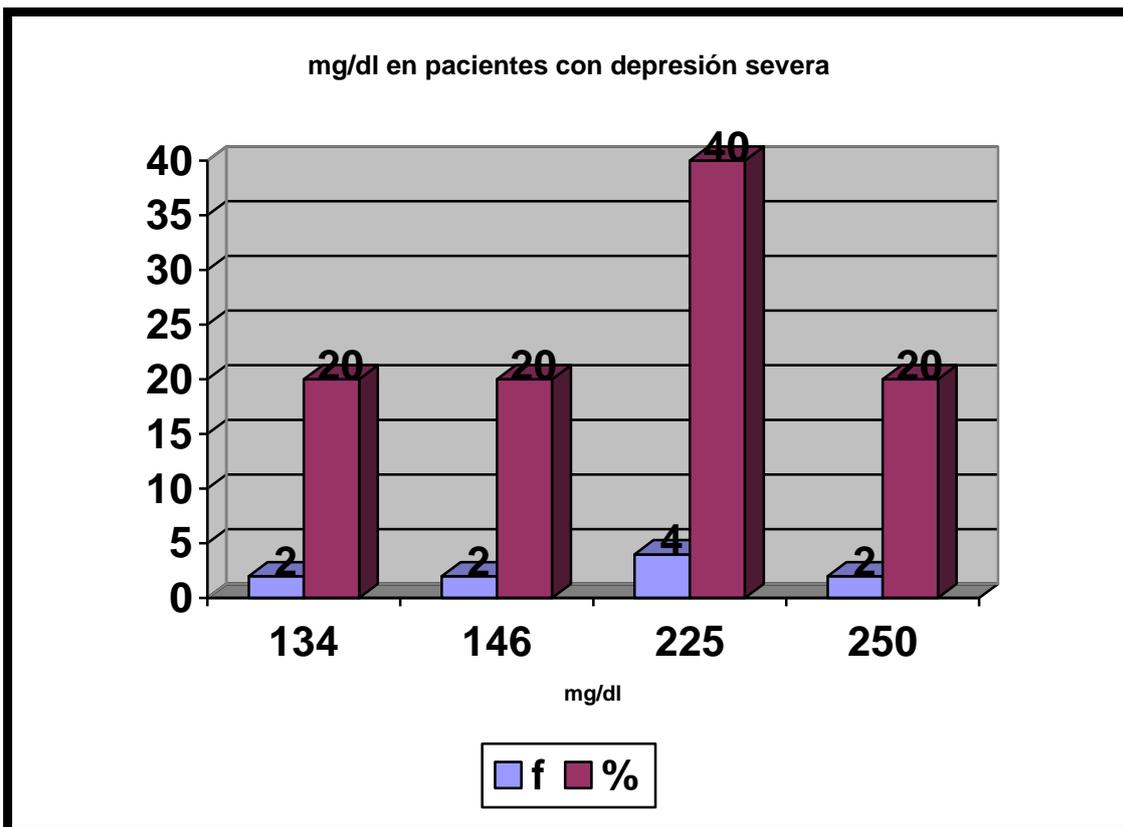
Fuente: Encuesta directa

**Tabla 12. Glicemias de los pacientes con depresión severa encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**

Mg/dl	Frecuencia	Porcentaje
134	2	20
146	2	20
225	4	40
250	2	20
Total	12	100

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 12. Glicemias de los pacientes con depresión severa encuestados para identificar su funcionalidad familiar y su asociación con depresión en la UMF 33 Morelos, Zac.**



Fuente: Encuesta directa

## 10. DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa de gran impacto e interés mundial, resulta muy preocupante el rápido desarrollo de complicaciones a edades cada vez más tempranas. A pesar de que en los últimos años se ha enfatizado en la educación al paciente y a sus familiares acerca de las medidas higiénico-dietéticas y medicamentosas; no se ha logrado un verdadero impacto. Se considera que la depresión es un trastorno común en la población general, pero especialmente en los pacientes diabéticos. Resulta importante identificarla de manera oportuna para iniciar su tratamiento, ya que puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes diabéticos; lo anterior sumado a la disfunción familiar

El presente estudio demostró que en la población estudiada, la presencia de depresión es baja y no existe una significancia real y ni asociación entre el estado civil, disfunción familiar y depresión; pero se observó que las personas que se encontraban casadas mostraron algún grado de depresión. Lo que sí se pudo demostrar es que los pacientes portadores de depresión leve o severa, pertenecen a una familia disfuncional.

De acuerdo a los autores citados en la bibliografía, no existe asociación relevante en el paciente diabético con depresión; pero sí de pacientes diabéticos con depresión con disfunción familiar.

## **11. CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos reflejaron que predominan las mujeres casadas en relación a los hombres, no se observó depresión significativa y la funcionalidad familiar que predomina es estructurada en el aspecto de adaptabilidad y no relacionada en el aspecto de cohesión. Predomina también el número de casos de pacientes con depresión y disfunción familiar; de la misma manera se encuentra que entre mayor sea el grado de depresión mayor es el descontrol glucémico. Se sugiere estudios posteriores para la identificación de estos casos.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Consenso Académico. Conceptos básicos para el estudio de las Familias. Arch Med Fam 2005;7(supl):S15-S19
2. Medalie J, Cole-Kelly K. The Clinical Importance of Defining Family. Am Fam Phys 2002; 65(7):1277-1279.
3. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
4. Diccionario de la lengua Española. 19ª. Ed. Madrid España, 1970: 1345 (22ª. Ed. Madrid España, 2001)
5. Elkin F. The Family in Canada. Ottawa. The Vanier Institute of the family, 1964: 178-179
6. Michel A. Sociología de la familia y del matrimonio. Barcelona, Península, 1974: 166-167.
7. Estrada L. El ciclo vital de la familia. Editorial Posada. 1ª. Edición. México 1982:21.
8. Huerta JL. Medicina Familiar. la familia en el proceso salud enfermedad. Editorial Alfil. 1ra. edición. México.2005.p.19.
9. Komblit A. Somática familiar. Gedisa. Barcelona 1984: 234-235.
10. Ackerman NW. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Horme, Buenos aires 1982: 1126-1128.
11. Smilkstein G. The family in crisis. Behavioral science in family practice. Appleton-Century Crofts, 1980: 18-24
12. Olson DH, Gorall DM. Circumplex Modelo f Marital and Family Systems. Chapter 19 In: Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity. Edited by Froma Walsh. 3ª. Ed. Guilford Press. New York. 2003; 514-547.
13. Mendoza Solís M. A. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. México 2006;8(1):27-32.
14. Fernández Ortega M. A. Impacto de la enfermedad en la familia. Fac. Med. UNAM 2004; 47 (6):252-254.

15. Rodríguez Abrego Gabriela. Et al. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (2): 97-102
16. Méndez López D. M. et al. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
17. Tejada Tayabas L. M. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Salus cum propositum vital. Enero-marzo 2006; 1(7): 156-164.
18. Requena E. Trastornos del estado de ánimo. Manual de psicopatología clínica. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2000.
19. Loràn MM, Cardoner AN. Protocolo diagnóstico del paciente con depresión aguda y crónica. Medicine 2003; 8(105):5675-5678.
20. Rodrigo AM, Hernández GR. Ansiedad. Depresión y conducta suicida en la adolescencia. Medicine 2003; 8(116): 6199-6208.
21. Aragonés BE, Gutiérrez PM, Pino FM, Lucena LC, Cervera VJ, Garreta E. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. Aten Primaria 2001; 27:623-628
22. De la Fuente R. Psicología médica. Nueva ed. Biblioteca de Psicología; 2000; 438-447
23. Benjet C, Borges G, Medina MM, Fleiz BC, Zambrano RJ. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Sal. Pub Méx 2004; 46, (5) 417- 424.
24. Boschetti FB, La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam 2004; 6 (3): 61-63.
25. Gutiérrez CA, Barrera PJ, Cuevas A, Serdán SL, Formas clínicas de depresión. Programa de actualización continua en medicina familiar. Intersistemas editores, 2000; 5-38.
26. Almanza MJ, Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. Rev Sanid Milit Méx 2004; 58 (3): 209-222
27. Cadevall J, Miñarro A, Villaroya A. Estudio diana. Depresión con insomnio y ansiedad: nueva aproximación. Psiquiatría Biológica 2001; 8 (5): 175-181.
28. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Salud Pública 2004; 46 (5): 378-385.

29. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicotherma* 1998; 10 (2): 303-318.
30. Barquera Cervera S. et. al. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA México, Noviembre de 2005: 1 – 7
31. Alonso J, et al, Versión española del SF-36 Health Survey, *Med Clin*, Barcelona 1995; 104: 771-6.
32. Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, NOM-015-SSA-1994, Proyecto de Modificación 2003.
33. Atlas de la Diabetes. Federación Internacional de Diabetes (FID), 2001. [www.eatlas.idf.org](http://www.eatlas.idf.org)
34. Zarate Herreman M. et. al. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2, 2005: 1 – 40.
35. Diabetes y Enfermedades cardiovasculares: Es el momento de actuar, FID 2001 <http://www.who.int/ncd/diaAwareness>
36. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) Gobierno del Estado de Zacatecas 2004.
37. Instituto Nacional de salud Pública, Noviembre 2005.
38. Téllez Zenteno J. F. et al. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. *Med. Int. Mex* 2001; 17 (2): 54-62.



### 13.2 INSTRUMENTOS DE MEDICION

#### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK: EVALUACION DE DEPRESIÓN

En este cuestionario se presentan grupos de afirmaciones separadas por categoría. Lea todo el conjunto de afirmaciones de cada grupo y marque la frase que describa mejor la forma como se siente en este momento. Es importante que lea todas las frases antes de que elija alguna.

13	<input type="checkbox"/> No me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste o demasiado triste <input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo <input type="checkbox"/> Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportar
14	<input type="checkbox"/> No me siento pesimista o desanimado con respecto al futuro <input type="checkbox"/> Me siento desanimado por el futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que esperar <input type="checkbox"/> Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
15	<input type="checkbox"/> No creo que sea un fracaso <input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que cualquier persona normal <input type="checkbox"/> Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos <input type="checkbox"/> Creo que soy un fracaso absoluto como persona
16	<input type="checkbox"/> No me siento en realidad insatisfecha <input type="checkbox"/> Ya no disfruto las cosas como antes <input type="checkbox"/> Ya no tengo verdadera satisfacción de nada de lo que hago <input type="checkbox"/> Siento que soy mala y no tengo ningún valor
17	<input type="checkbox"/> No me siento culpable <input type="checkbox"/> Me siento mal y devaluada la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Actualmente me siento mala y devaluada todo el tiempo <input type="checkbox"/> Siento que soy mala y no tengo mucho valor
18	<input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigada <input type="checkbox"/> Tengo el presentimiento de que algo malo me puede pasar <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigada o que seré castigada <input type="checkbox"/> Siento que merezco ser castigada
19	<input type="checkbox"/> No me siento defraudada de mí misma <input type="checkbox"/> Me siento defraudada conmigo misma <input type="checkbox"/> Estoy disgustada conmigo misma <input type="checkbox"/> Me odio a mi misma

20	<input type="checkbox"/> No creo ser peor que los demás <input type="checkbox"/> Me critico por mis debilidades o errores <input type="checkbox"/> Me culpo por mis errores <input type="checkbox"/> Me culpo de todo lo malo que sucede
21	<input type="checkbox"/> Nunca he pensado en lastimarme a mí misma <input type="checkbox"/> Me llegan pensamientos de hacerme daño a mi misma, pero no lo haría <input type="checkbox"/> Siento que estaría mejor muerta <input type="checkbox"/> Si pudiera me mataría
22	<input type="checkbox"/> No lloro más de lo de costumbre <input type="checkbox"/> Lloro mas de lo que acostumbrada <input type="checkbox"/> Ahora lloro todo el tiempo <input type="checkbox"/> Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
23	<input type="checkbox"/> Actualmente no soy más irritable de lo que siempre he sido <input type="checkbox"/> Últimamente me siento agobiada o irritada más que de costumbre <input type="checkbox"/> Me siento irritada todo el tiempo <input type="checkbox"/> No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
24	<input type="checkbox"/> No he perdido el interés en otras personas <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en otras personas que antes <input type="checkbox"/> He perdido casi todo el interés en otras personas y no siento nada hacia ellos <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en los demás y no me importa lo que les pase
25	<input type="checkbox"/> Tomo decisiones tan bien como antes <input type="checkbox"/> Trato de posponer al tomar decisiones <input type="checkbox"/> Se me dificulta el tomar decisiones <input type="checkbox"/> Ya no me es posible tomar ninguna decisión
26	<input type="checkbox"/> No me siento que mi apariencia este peor que antes <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por verme vieja o atractiva <input type="checkbox"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y parezco poco atractiva <input type="checkbox"/> Me siento fea

27	<input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="checkbox"/> Me cuesta trabajo empezar a hacer algo <input type="checkbox"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="checkbox"/> Me siento incapaz de hacer cualquier cosa
28	<input type="checkbox"/> Puedo dormir tan bien como siempre <input type="checkbox"/> En las mañanas me despierto más cansado que de costumbre <input type="checkbox"/> Despierto dos o tres horas antes de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir <input type="checkbox"/> Me despierto temprano todos los días y no puedo dormir más de cinco horas
29	<input type="checkbox"/> No me canso más de lo normal <input type="checkbox"/> Me canso más de lo acostumbrado <input type="checkbox"/> Me canso por cualquier cosa <input type="checkbox"/> Me siento demasiado cansado para realizar cualquier actividad
30	<input type="checkbox"/> Mi apetito esta igual que siempre <input type="checkbox"/> Mi apetito no esta tan bien como antes <input type="checkbox"/> Mi apetito esta mucho peor ahora <input type="checkbox"/> No tengo apetito
31	<input type="checkbox"/> No he perdido peso últimamente <input type="checkbox"/> He perdido más de 3 Kg. <input type="checkbox"/> He perdido más de 5 Kg. <input type="checkbox"/> He perdido más de 8 Kg.
32	<input type="checkbox"/> No me preocupo por mi salud más de lo que acostumbre <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por dolores, malestares estomacales o estreñimiento <input type="checkbox"/> Estoy demasiado preocupado de cómo me siento y de lo que siento <input type="checkbox"/> Estoy completamente concentrado en lo que siento
33	<input type="checkbox"/> No he notado recientemente cambios en mi interés por el sexo <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en el sexo que antes <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes <input type="checkbox"/> He perdido totalmente el interés por el sexo

### **FACES III. EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**Describe a su familia: 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre**

- \_\_\_\_\_ 34. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí
- \_\_\_\_\_ 35. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- \_\_\_\_\_ 36. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- \_\_\_\_\_ 37. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- \_\_\_\_\_ 38. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- \_\_\_\_\_ 39. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_\_\_\_ 40. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia
- \_\_\_\_\_ 41. La familia cambia de modo de hacer las cosas
- \_\_\_\_\_ 42. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_\_\_ 43. Padre e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- \_\_\_\_\_ 44. Nos sentimos muy unidos
- \_\_\_\_\_ 45. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- \_\_\_\_\_ 46. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente
- \_\_\_\_\_ 47. En nuestra familia las reglas cambian
- \_\_\_\_\_ 48. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- \_\_\_\_\_ 49. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- \_\_\_\_\_ 50. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- \_\_\_\_\_ 51. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- \_\_\_\_\_ 52. La unión familiar es muy importante
- \_\_\_\_\_ 53. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

**Nombre del entrevistador:**

---

**“MINIEXAMEN COGNITIVO (MINIMENTAL TEST)\* MMSE”**

Paciente..... Edad.....

Ocupación..... Escolaridad.....

Examinado por.....

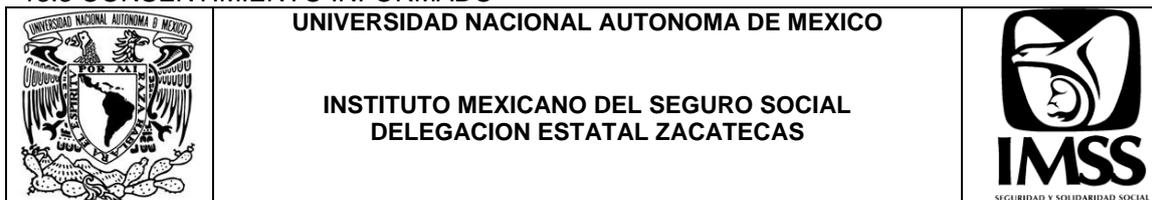
Fecha.....

Centro.....

No.	Área	PREGUNTA	Puntaje ideal	Puntaje obtenido
1	Orientación	Decir día, fecha, mes, estación, año	5	
2		Decir el hospital (lugar), planta, ciudad, provincia, nación	5	
3	Fijación	Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana	3	
4	Concentración y cálculo	Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3, cuantas van quedando	5	
5		Repita estos números 5-9-2 y ahora hacia atrás	3	
6	Memoria	Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes	3	
7	Lenguaje Y	Mostrar un bolígrafo, qué es esto) repetirlo con el reloj	2	
8		Repita una frase: en un trigal había 5 perros	1	
9		Una manzana y una pera son frutas, qué son el rojo y el verde	1	
10		Qué son un perro y el gato	1	
11	Construcción	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	3	
12		Lea esto y haga lo que dice: “cierre los ojos”	1	
13		Escriba una frase	1	
14		Copie este dibujo	1	
<b>Total</b>			<b>35</b>	

Calificación.....

### 13.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**  
registrado ante el Comité Local de Investigación en salud, del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Zacatecas, Zac.

El objetivo del estudio es evaluar la asociación de la funcionalidad familiar y grado de depresión relacionada con la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Morelos, Zac. del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta al instrumento de recolección de la información y aceptar ingresar al estudio, comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realicen.

Declaro que se me ha informado que mi participación en el estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Morelos, Zacatecas a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2010.

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

\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Isabel Mauricio Rodríguez  
Matrícula IMSS 11804009

Para cualquier duda e información, favor de comunicarse al teléfono 492 126 37 95 a cualquier hora del día con la Dra. Ana Isabel Mauricio Rodríguez. De igual manera, para cualquier duda o aclaración me permito proporcionarle el teléfono 492 92 2 63 73 extensión 4113 de la Dra. Alicia Villa Cisneros, Secretaria del Comité Local de Investigación 33-01 en el H. G. Z. No. 1 del IMSS Zacatecas, Zac. de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 hrs.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de un testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de un testigo