

Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis

RESUMEN

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad de cada uno de sus integrantes.

Objetivo: determinar la frecuencia de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en unidades de Medicina Familiar.

Material y métodos: se evaluaron 38 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en Unidades de Medicina Familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; utilizando la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Se determinaron asociaciones causales con la prueba χ^2 .

Resultados: se encontraron síntomas depresivos en 94.7% de los casos, el tipo de familia demostró ser un factor asociado con depresión, no así la funcionalidad familiar.

Conclusiones: la funcionalidad familiar es esencial en la facilitación o la obstrucción en el curso del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis, por lo que es importante implementar medidas de apoyo en los pacientes que pertenecen a familias del tipo extensa para evitar síntomas depresivos.

Palabras clave: depresión, funcionalidad familiar, tuberculosis.

Depression and family function in patients with diagnosis of tuberculosis

ABSTRACT

The family functioning is a determining factor in the maintenance of health or the occurrence of the disease of each of their members.

Objective: To determine the frequency of depression and its relationship to family dynamics in patients diagnosed with tuberculosis, treated in Family Medicine units.

Methods: Thirty nine patients with a diagnosis of tuberculosis, attended at Family Medicine Units of Tuxtla Gutierrez Chiapas, were evaluated using the following instruments: CESD-D and FACES III. Causal associations were determined with χ^2 test.

Results: Depressive symptoms were found in 94.7% of the cases, the type of family proved to be a factor associated with depression, while

Luis Ernesto Balcázar-Rincón¹
Yunis Lourdes Ramírez-Alcántara²
María Rodríguez-Alonso³

¹ Coordinador de Urgencias, Hospital General de Zona No. 2, IMSS.

² Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS.

³ Médico familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS.

Recibido: 9 abril, 2015

Aceptado: 14 mayo, 2015

Correspondencia: Luis Ernesto Balcázar Rincón
Servicio de Urgencias
Hospital General de Zona No. 2, IMSS
Calzada Emilio Rabasa S/N
CP 29000 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
umqbalcazar@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Balcázar-Rincón LE, Ramírez-Alcántara YL, Rodríguez-Alonso M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Rev Esp Med Quir 2015;20:135-143.

no association was found between family dynamics and depressive symptoms.

Conclusions: The role of family functioning is essential in facilitating or obstructing the course of treatment of patients diagnosed with tuberculosis and it is important to implement support measures in patients belonging to the extensive type families to avoid presence of depressive symptoms.

Key words: Depression, Family Functioning, Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que afecta a más de la tercera parte de la población del mundo, de acuerdo con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud se considera que en la última década del siglo XX quitó la vida a alrededor de 30 millones de personas en los países en vías de desarrollo.¹ Es tradicionalmente considerada como una enfermedad de la pobreza y muchos aspectos de bajo nivel socioeconómico, por ejemplo el hacinamiento y la desnutrición, son aceptados como factores de riesgo individual y del hogar para la enfermedad.² Históricamente es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate.

Una de las características del prejuicio es que su componente cognoscitivo (estereotipo) está constituido por una información incompleta y demasiado generalizada y su componente afectivo está asociado con elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social, necesidad que para intentar satisfacerla motiva diferentes comportamientos que dependerán de las características de la personalidad de cada individuo

y del contexto en que se desenvuelve, incluida en este último la familia.

En toda familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros experimentan alarma, puesto que la enfermedad amenaza la integridad familiar, sumándose el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad, determinando actitudes hostiles y tipos de conducta que amenazan los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia.

El comportamiento familiar predominante ante la enfermedad, descrito por De la Cruz, fue de apoyo afectivo y material en forma de suministro de alimentos. Apoyo similar también fue frecuente entre vecinos y amigos cuando estos conocían de la enfermedad. Pero también se observó negación consciente de la enfermedad, rechazo manifiesto de vecinos, autoaislamiento y segregación por parte de los familiares dentro del hogar; incluidos utensilios como cubiertos, aún después de estar muy avanzado el tratamiento y tener esputos negativos.³

Si bien el profesional de la salud juega un papel importante en el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, la participación de la familia es la clave para hacer frente a la enferme-

dad, porque influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos que son relevantes para que el proceso terapéutico tenga éxito. Los individuos ven a la familia como su "Fase más cercana donde se encuentran los valores, interpretaciones, percepciones, modelos de comportamiento, orientación, protección frente a los desafíos cotidianos de la vida y procesos relacionados con la salud, el bienestar y la enfermedad."⁴

La mayoría de los pacientes conocen o han escuchado historias de personas o familias completas que han muerto de tuberculosis y a quienes les han cerrado las viviendas. La gente no se acerca pensando que podría "contaminarse". Incluso en vida de esas personas enfermas, evitaban que "les regalaran algo y que los agarraran, menos."⁵

Por lo tanto, hombres y mujeres tratan de ocultar las manifestaciones de la tuberculosis porque temen el rechazo de sus familiares y amigos por el estigma de la enfermedad. Se ha encontrado la falta de apoyo familiar como una de las principales causas de la interrupción del tratamiento. El apoyo de la familia, incluida la asistencia financiera, recolección de medicación y apoyo emocional, parecen ejercer una fuerte influencia en que el paciente cumpla con su tratamiento. En algunos casos los pacientes en terapia se vuelven cada vez más desmoralizados y con más probabilidades de no cumplir cabalmente con el tratamiento cuando el apoyo familiar se debilita. Tener miembros de la familia observando el tratamiento tomado ha sido considerado importante para algunos pacientes, especialmente si el observador es un tomador de decisiones en la familia o un miembro respetado de la familia. Los maridos y el apoyo de otros hombres es considerado importante por las pacientes femeninas.⁶ Un estudio realizado en Madrid, en el 2003, señaló que las personas que no conviven con sus familiares tienen un riesgo 4.3 veces mayor de abandonar el tratamiento. Por lo tanto, es importante que desde la asistencia sanitaria

se trate de conocer que apoyo social tiene el paciente y tomar medidas especiales en aquellas personas que se encuentren en una situación de aislamiento social.⁷

La relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas (recursos) por la familia para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros. Se ha descrito que los pacientes que perciben apoyo familiar insatisfactorio y que califican su estado de salud como pobre reportan mayor angustia psicológica. Sin embargo, los pacientes con apoyo familiar satisfactorio, independientemente de su percepción de salud, informan poca angustia psicológica. Estos resultados tienen sentido desde la perspectiva de la función familiar, modelos cognitivo-conductual e interpersonal de la depresión, y perspectivas de medicina conductual.

No es de extrañarse que no se reconozca la sintomatología depresiva en estos pacientes ya que la mayoría de los médicos con frecuencia tienen alguna limitación en su formación profesional o en su enfoque de la práctica médica para reconocer los síntomas depresivos, lo que contribuye a dar prioridad al tratamiento de síntomas somáticos sin realizar una adecuada valoración del área psicosocial.

Existen diversos estudios que documentan los grados de depresión y el soporte social del enfermo con tuberculosis, pero la mayoría se han realizado en ambientes hospitalarios y son pocas las investigaciones realizadas en enfermos ambulatorios.⁸ En Pakistán un estudio realizado por Husain y sus colaboradores⁹ reveló que 46% de los pacientes con tuberculosis padecía depresión. Por su parte, Sulehri y su grupo¹⁰ reportaron una prevalencia de depresión de 80% en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. En

América Latina un estudio similar, llevado a cabo por Accinelli y León Barua,¹¹ demostró relación entre tuberculosis pulmonar y depresión; manifestándolo con anorexia o bulimia, así como con abandono del tratamiento médico.

Por otro lado, Zárate Cáceres¹² evaluó a 175 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes a los centros de salud del cono norte de Lima, Perú, y encontró niveles altos de depresión moderada (42.3%); concluyó que la depresión y los niveles bajos de satisfacción familiar son factores de riesgo para abandonar el tratamiento médico.

Sabemos que el modelo de atención del paciente con diagnóstico de tuberculosis ha pasado de ser intrahospitalario a recibir atención médica ambulatoria; sin embargo, pareciera que los servicios de salud se han “olvidado” del contexto donde vive la persona que recibe el tratamiento. “Olvidarse” del contexto familiar y comunal significa no conocerlo en primer lugar, pero también no contar con este durante el tratamiento que se debe adaptar en cada caso a las condiciones particulares de la familia.

Con base en lo anterior realizamos este trabajo con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión y su relación con la dinámica familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en dos Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La selección de la muestra para este trabajo se realizó por conveniencia y se incluyó a todos los pacientes en tratamiento por el Servicio de Epidemiología de dos unidades médicas de primer nivel, del Instituto Mexicano del Seguro Social,

con diagnóstico de tuberculosis confirmado por baciloscopía y asociación epidemiológica. Aceptaron participar 38 pacientes. La recolección de datos se llevó a cabo cuando acudían a control en su unidad de medicina familiar. Antes de la recolección de datos se explicaron ampliamente a los pacientes los procedimientos que se llevarían a cabo en el estudio y se les solicitó que firmaran una hoja de consentimiento informado; posteriormente se dieron las instrucciones para responder a los instrumentos de evaluación y se aclararon todas las dudas de los pacientes a este respecto. El procedimiento de evaluación se llevó a cabo posterior a su consulta de control y tuvo una duración aproximada de 1 hora.

Instrumentos utilizados

Formato de datos generales

Se creó una hoja de información sociodemográfica en la que se obtuvieron datos específicos del paciente como edad, sexo, lugar de residencia, escolaridad, profesión, religión, estado civil y tipo de familia según Arnulfo Irigoyen Coria.¹³

Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos

La Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D*) es un instrumento diseñado para el tamizaje rápido de sintomatología depresiva en la población general. Esta escala fue desarrollada por Radloff en 1977 y su versión original consta de 20 reactivos con una escala de tipo Likert que califica de 0 a 3. Por tanto, las puntuaciones que se pueden obtener son de 0 a 60 y a mayor puntuación mayor gravedad de los síntomas depresivos. La escala es autoaplicable y los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos, que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta.¹⁴ Este instrumento fue tra-

ducido al español y validado por Soler en 1997¹⁵ encontrándose en el análisis de confiabilidad una alfa de 0.9, mientras que el análisis factorial mostró cuatro factores que explican 58.8% de la varianza; a saber: depresión afectiva/somática, afecto positivo, irritabilidad/desesperanza e interpersonal/social. La escala mostró una sensibilidad de 0.95 y una especificidad de 0.91 para la detección de sintomatología depresiva, con un punto de corte de 16 puntos.

Se eligió este instrumento por ser un autorreporte breve para un tamizaje rápido de sintomatología depresiva en comparación con la escala de Hamilton, que se utiliza para evaluar depresión (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*), diseñada para utilizarse en pacientes diagnosticados previamente con depresión.¹⁶

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) es un instrumento compuesto por 20 ítems diseñado para evaluar dos de las dimensiones del modelo circunplejo de sistemas familiares y maritales: el nivel de cohesión y flexibilidad o adaptabilidad de la familia tal como la percibe el encuestado en ese momento ("Familia Real").¹⁷

La cohesión se obtiene de la suma de los puntajes de las preguntas no pares y se mide de la siguiente manera: no relacionada 10-34 puntos; semirrelacionada 35-40; relacionada 41-45; aglutinada 46-50. Por su parte, la adaptabilidad se obtiene de la suma de los puntajes de las preguntas pares y se mide de la siguiente manera: rígida 10-19 puntos; estructurada 20-24; flexible 25-28; caótica 29-50.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los pacientes,

tipología familiar y de los resultados de las escalas. Se realizaron también asociaciones causales con la prueba de χ^2 para evaluar la asociación entre depresión y la funcionalidad familiar (nivel de cohesión, flexibilidad o adaptabilidad de la familia y modelo circunflejo de Olson), así como con tipología familiar. Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS®.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 16 hombres (42.1%) y 22 mujeres (57.9%), con edad mínima de 17 años y máxima de 67 años, con una media de edad de 40.71 (± 15.79 desviación estándar). Se observó que 47.4% de los pacientes vivían en unión libre, mientras que 36.80% eran casados y 15.80% solteros. En cuanto al nivel académico el grado escolar más frecuente fue el de secundaria en 34.20% de los pacientes, seguido por el nivel medio superior con 21.10%, primaria el 18.40%, primaria incompleta 13.20%, sin instrucción formal 10.50% y otras 2.6%. Respecto al nivel socioeconómico observamos que 65.80% calificaron su situación económica como un nivel bajo, mientras que 34.20% la consideraron de nivel medio. Las características de la muestra previamente descritas pueden verse en el Cuadro 1.

También estudiamos a esta población con base en la clasificación de la familia según Irigoyen, se observó que en la familia en base a su desarrollo 55.3% es moderna y 44.7% tradicional. Con base en su demografía 100% fue urbana. Con respecto a su integración 55.3% fue integrada, seguida de semiintegrada con 39.5% y desintegrada en 5.3%. Por último, en relación con su composición encontramos que predominó la familia extensa con 50.0%, seguida de familia la nuclear con 31.6% y extensa compuesta con 18.4% (Cuadro 2).

Las características de la dinámica familiar de nuestra población, según la Escala de Evaluación

Cuadro 1. Características de la muestra de pacientes

Variables	n	%
<i>Género</i>		
Femenino	22	57.9
Masculino	16	42.1
<i>Estado civil</i>		
Soltero	6	15.8
Casado	14	36.80
Unión libre	18	47.4
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	7	18.40
Primaria incompleta	5	13.20
Secundaria	13	34.20
Medio superior	8	21.10
Sin instrucción formal	4	10.50
Otra	1	2.60
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Medio	13	34.20
Bajo	25	65.80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

Cuadro 2. Características de la muestra según tipo de familia

Desarrollo	n	%
Tradicional	17	43.59
Moderna	22	56.41
Total	39	100
<i>Integración</i>		
Integrada	22	56.41
Sem unintegrada	15	38.46
Desintegrada	2	5.13
Total	39	100
<i>Composición</i>		
Nuclear	13	33.33
Extensa	19	48.72
Extensa compuesta	7	17.95
Total	39	100

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

de Cohesión y Adaptabilidad Familiar fueron para la cohesión, entendida como el grado de unión emocional percibido por los integrantes de la familia, resultaron en 68.4% de familias no relacionadas, 13.2% semirrelacionadas,

10.5% relacionadas y 7.9% aglutinadas. Para la adaptabilidad (magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia) se encontró que 34.2% correspondió a familias rígidas, 28.9% a estructuradas, 23.7% a flexibles y 13.2% a caóticas (Cuadro 3).

Desde la perspectiva del modelo circunflejo los niveles de funcionamiento familiar se dividieron en tres grupos. Los pacientes evaluaron a sus familias con un grado de funcionamiento de rango medio (50%), un grado de funcionamiento extremo (disfuncional) 36.8% y tan solo 13.2% con funcionamiento balanceado (funcional) (Cuadro 3).

De acuerdo con los resultados de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos encontramos que 94.7% (n = 36) presentó síntomas habituales y representativos del trastorno depresivo (puntuaciones mayores a 16) por lo que se les clasificó dentro del rubro de depresión; 41.66% (n = 15) correspondieron al género masculino y 58.33% (n = 21) al femenino. Al relacionar esos resultados con las

Cuadro 3. Características de la funcionalidad familiar

Cohesión	n	%
No relacionada	26	68.4
Semirrelacionada	5	13.2
Relacionada	4	10.5
Aglutinada	3	7.9
Total	38	100
<i>Adaptabilidad</i>	n	%
Rígida	13	34.2
Estructurada	11	28.9
Flexible	9	23.7
Caótica	5	13.2
Total	38	100
<i>Modelo circunflejo</i>	n	%
Balanceado	5	13.2
De rango medio	19	50.0
Extremo	14	36.8

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

dimensiones que componen a la funcionalidad familiar no se encontró asociación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos. Al analizar la relación que guarda el tipo de familia según su conformación con la presencia de síntomas depresivos observamos una prevalencia significativamente mayor en las familia de tipo extensa en comparación con las nuclear y extensa compuesta ($p = 0.028$), siendo los principales familiares integrados a estas familias los abuelos (Cuadro 4).

DISCUSIÓN

En esta muestra llamó nuestra atención que la prevalencia encontrada de síntomas depresivos fue mayor a la observada en otros estudios internacionales.^{18,19} La presencia de síntomas depresivos en relación con un determinado género es controvertida; mientras que algunos autores describen mayor vulnerabilidad de sufrir depresión en el género femenino^{20,21} estudios realizados en países con bajo acceso a los servicios de salud, y específicamente en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, se ha observado que los síntomas depresivos se presentan con mayor frecuencia en hombres^{22,23} que en mujeres.

Si bien este trabajo pareciera otorgar una mayor prevalencia de síntomas depresivos al género femenino (58.33%) es importante mencionar que la explicación más factible pudiera radicar en que la muestra estudiada para hombres y mujeres no es igual y que la sobrerepresenta-

ción del género femenino en nuestra muestra condiciona que la prevalencia de depresión se vea incrementada en ese género.

Cuando analizamos los posibles factores involucrados en el alto porcentaje de depresión en los pacientes no pudimos constatar alguna asociación entre los diversos factores socioeconómicos que se tomaron en cuenta para este estudio; es muy probable que el tamaño de la muestra fue uno de los puntos medulares que no permitió observar esta influencia.

Sin embargo, es sumamente importante tomar en cuenta un aspecto que no ha sido previamente discernido o referido por otros estudios, como es la relación que guarda la tipología familiar con la presencia de síntomas depresivos en los pacientes con tuberculosis. A este respecto, son extraordinarios los hallazgos de la presente investigación ya que permitieron identificar a la familia extensa como un factor relacionado con síntomas depresivos en pacientes con tuberculosis.

No se han encontrado antecedentes bibliográficos donde se haya estimado la asociación entre el tipo de familia, de acuerdo con su composición, y la depresión en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Sin embargo, algunos estudios realizados en poblaciones con características sociodemográficas similares a las de nuestro ensayo han encontrado que la prevalencia de depresión disminuye de manera considerable en pacientes que pertenecen a

Cuadro 4. Tipo de familia según conformación y depresión

Tipo de familia	Con depresión		Sin depresión		<i>P</i>
	Frecuencia	Prevalencia	Frecuencia	Prevalencia	
Nuclear	10	26.31	2	5.26	
Extensa	19	50.0	0	0.0	0.028
Extensa compuesta	7	18.42	0	0.0	

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

familias con tipología nuclear, comparados con los que pertenecen a familias extensas.^{24,25} Por su parte, Guzmán y su grupo, en un estudio que midió la relación entre la depresión y la tipología familiar en pacientes geriátricos, concluyeron que pertenecer a una familia extensa es un factor asociado con la depresión.²⁶

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable- o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. El funcionamiento de la familia es esencial en la facilitación o en la obstrucción en el curso del tratamiento.⁷ Nosotros encontramos que la mayoría de las familias encuestadas correspondía a familias con funcionalidad familiar en rango medio; esto es, familias con dificultades en una sola dimensión de su funcionamiento, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés.

Al relacionar la cohesión, adaptabilidad y el modelo circunflejo con la presencia de depresión en ninguno de los casos hubo relación con diferencias estadísticas significativas. Sin embargo, no se han encontrado antecedentes bibliográficos donde se haya estimado esta relación para poder establecer un punto de comparación con nuestro estudio. Es muy importante señalar que tal vez la limitante de este trabajo para poder demostrar asociación entre funcionalidad familiar y depresión haya sido el tamaño de muestra, que no fue suficientemente representativa.

CONCLUSIÓN

Numerosos programas preventivos en nuestras unidades de medicina familiar están enfocados a evitar las enfermedades infectocontagiosas y las cronicodegenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental.

La frecuencia de depresión en los pacientes con tuberculosis analizados indica que en nuestro

medio los trastornos mentales pueden llegar a ser un problema de salud pública que debemos enfrentar, ya que la depresión es una condición susceptible de ser tratada y, cuando se reconoce, es posible disminuir la intensidad de los síntomas y prevenir nuevos episodios.

Es por esto que en el primer nivel de atención de salud se deben incluir acciones preventivas y de promoción dirigidas a dar apoyo psicológico para los familiares y los pacientes con diagnóstico de tuberculosis; más aún si provienen de una familia de tipo extensa ya que esto puede contribuir a que la prevalencia de depresión en estos pacientes se vea disminuida.

Estas medidas de apoyo psicológico, de acuerdo con el modelo de Doherty y Baird,²⁷ deberán ser implementadas por el médico familiar e incluir: consulta individual, consejería breve, intervenciones grupales, grupos o redes de autoayuda. Además, en caso de identificar depresión severa o problemas persistentes en las relaciones entre los integrantes de la familia se deberá derivar al paciente y sus familiares a un especialista en terapia familiar sistémica.

REFERENCIAS

1. Álvarez, G., Álvarez, J., Dorantes, J., Halperin, D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública Mex 2000;42:520-528.
2. Harling G, Ehrlich R, Myer, L. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: A multilevel analysis. Social Science & Medicine 2008;66:492-505.
3. De la Cruz A. Tuberculosis y afectividad. Rev Cubana Med Trop 2004;56(3):214-8.
4. De Almeida J, Soares, D., Duarte, L., Alves, C., Santana, L., Scatena, T., et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. Rev Bras Epidemiol 2011;14(2):207-16.
5. Álvarez, G., Dorantes, J., Molina, D. La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. Rev Panam Salud Pública 2001;9(5):285-293.
6. Munro, S., Lewin Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., Volmink,J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment:

- A Systemic Review of Qualitative Research. PLoS Med 4(7):1230-1245.
7. Sanz, B., Blasco, T., Galindo, S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. Gac Sanit 2009;23(Supl 1):80-85.
 8. Iwashita Nishida, A. Tesis para optar el grado de licenciatura: Aproximaciones psicosociales de la enfermedad de tuberculosis en el cono norte de Lima Metropolitana Lima, Universidad peruana Cayetano Heredia 1998
 9. Husain, M., Dearman, S., Chaudhry, I., Rizvi, N., Waheed, W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2008;4(4).
 10. Sulehri MA, Dogar IA, Sohail H, Mehdi Z, Azam M, Niaz O, Javed MS, Sajjad IA, Iqbal Z: Prevalence of Depression Among Tuberculosis Patients. Annals of Punjab Medical College 2010;4(2):133-137.
 11. Accinelli R, León Barúa R. Tuberculosis pulmonar y depresión. Revista Diagnóstico del Ministerio de Salud de Perú 1981;7(5):221-224.
 12. Zarate Cáceres, H. Tesis para optar el grado de Bachiller: Factores determinantes del Abandono de tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
 13. Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 7^a ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana 2000. Páginas 103-140.
 14. Radloff, LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in general population. Applied Psychol Measurement 1977;1:385-401.
 15. Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Fiqueires M, Álvarez E. Validation study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1997;25(4):243-9.
 16. Gempp, R., Thieme, C. Efecto de diferentes métodos de puntuación sobre la fiabilidad, validez y puntos de corte de la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). Terapia Psicológica 2010;28(1):5-12.
 17. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología 2009;3(2):30-36.
 18. Issa B, Yussuf A, Kuranga S, Depression comorbidity among patients with tuberculosis in a university teaching hospital outpatient clinic in Nigeria. Mental Health in Family Medicine 2009;6:133-8.
 19. Anwar M, Ahmad I, Sohail H, Mehdi Z, Azam M, Niaz O, et al. Prevalence of Depression Among Tuberculosis Patients. A. P. M. C 2010;4(2):133-137.
 20. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National comorbidity survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord 1993;29(2-3):85-96.
 21. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Salud Mental 1999;22:62-7.
 22. Lopes T, Gomes C, Diogo N. Tuberculosis unit: study of 10 years of activity (1999-2009). Rev Port Pneumol. 2011;17(6):266-271.
 23. Yang X, Zhang N, Diao X, Mao X, Li Y. Epidemiological analysis of pulmonary tuberculosis in Sichuan Province, China, 2000-2006. International Journal of Infectious Diseases 2008;12:534-541.
 24. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late life mental disorders. ClinGeriatr Med. 2003;19(4):663-96.
 25. Martínez MA, Hernández MB, Godínez ED. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jiutepec, México. Aten Fam 2012;19(3):58-60.
 26. Guzmán-Pantoja JE, Gutiérrez-Román EA, García-Figueroa DR, Valadez-Toscano F. Familia y depresión en pacientes geriátricos del occidente de México. MPA e-JournalMed. Fam. & At. Prim Int 2010;4(2):103-107.
 27. Salazar M, Jurado A. Niveles de Intervención Familiar. Acta Med Per 2013;30(1):37-41.