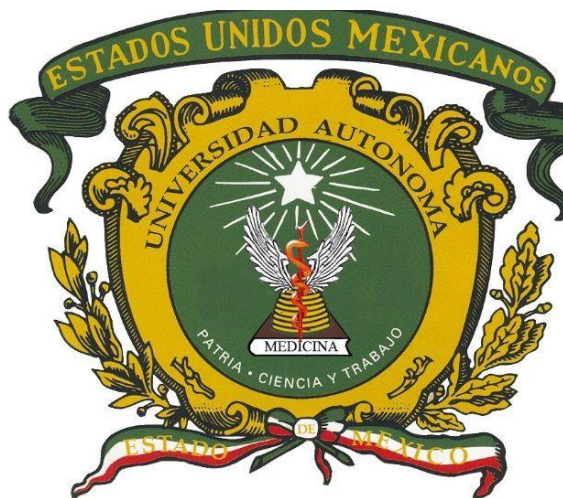


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME DEPRESIVO EN LA CONSULTA EXTERNA
DE MEDICINA FAMILIAR”**

CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS” I.S.E.M.

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

**PRESENTA
M.C. SANDRA LILIANA PALACIO AZPEITIA**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

**REVISORES DE TESIS
E.M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN
DRA. EN H. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

A Dios....

Por ponerme a prueba, por crear esta fortaleza que hoy albergo, por acompañarme cuando nadie estaba y porque sé que mis manos son tus instrumentos.

A mis padres....

Esto es por ustedes, por impulsarme, por renunciar a sus sueños para lograr los míos, por su fuerza y entereza, por creer en mí, por ser mis pedestales y sostenerme cuando estuve a punto de caer.....Los amo profundamente.

A mis hermanos....

No lo hubiera logrado sin ustedes, gracias por tenerme fe, por impulsarme y porque gracias a su ejemplo y apoyo estoy logrando convertirme en uno de ustedes..... Los amo.

A Max y Santi...

Por ser la alegría en nuestras vidas y motivarme a ser un ejemplo para ustedes.

Dra. Mónica López...

Más que mi coordinadora y directora de tesis; es un ejemplo como médico, como mujer, como persona y una guerrera luchando por la vida.....Gracias por enseñarme que la enseñanza y la disciplina no están peleadas con una gran amistad....

Dr. Abad Ortega...

Por ser mi compañero en este camino, testigo de mis más grandes batallas y de mis peores derrotas, mi cómplice, mi Rommie, mi mejor amigo y mi familia.... Gracias por estar.

A la Universidad...

Por sacar lo mejor de mí...

Agradecimiento especial...

A mis amigos...

Hilda. Por ser mi maestra y un ejemplo de fortaleza.

Isa. Por las interminables pláticas, por apoyarme y por escucharme en cada locura.

Ger. Por ser mi brazo derecho, mi persona de confianza y mi BFF de nuestra especialidad.

Bere y Rocío. Por estar al pie del cañón.

A mis maestros...

Por tener la paciencia y la dedicación para compartirme sus conocimientos y al final nombrarme parte de su equipo.

**“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME DEPRESIVO EN LA CONSULTA EXTERNA
DE MEDICINA FAMILIAR”**

ÍNDICE

| Cap. | Pág. |
|--|-----------|
| I. MARCO TEÓRICO..... | 1 |
| I.1.-Diagnostico de Depresión..... | 4 |
| I.1.1.Depresión y Diabetes..... | 6 |
| I.2.-Criterios de control de DM2..... | 9 |
| I.3.- Percepción de Apoyo social..... | 11 |
| I.3.1 Apoyo Social..... | 11 |
| I.3.1.1. Importancia del apoyo social..... | 11 |
| I.3.1.2. Clasificación..... | 11 |
| I.3.2.- Apoyo Confidencial..... | 12 |
| I.4.- Características que modifican el apoyo social..... | 12 |
| I.4.1. La conexión social..... | 13 |
| I.4.2. El apoyo social percibido..... | 14 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 15 |
| II.1 Argumentación. | 15 |
| II.2 Pregunta de Investigación. | 16 |
| III. JUSTIFICACIONES..... | 17 |
| III.1 Académica. | 17 |
| III.2 Científica..... | 17 |
| III.3 Social..... | 17 |
| III.4 Económica. | 18 |
| IV. HIPÓTESIS..... | 19 |
| IV.1 Elementos de la hipótesis. | 19 |
| IV.1.1 Unidades de Observación..... | 19 |
| IV.1.2 Variables..... | 19 |
| IV.1.2.1 Dependiente..... | 19 |
| IV.1.2.2 Independientes..... | 19 |
| IV.1.3 Elementos lógicos de relación..... | 19 |
| V. OBJETIVOS..... | 20 |
| V.1 General. | 20 |
| V.2.Específicos..... | 20 |
| VI. MÉTODO. | 21 |
| VI.1 Tipo de estudio. | 21 |
| VI.2.Diseño del estudio. | 21 |
| VI.3 Operacionalización de variables..... | 22 |
| VI.4 Universo de Trabajo..... | 24 |
| VI.4.1 Criterios de inclusión. | 24 |
| VI.4.2 Criterios de exclusión. | 24 |
| VI.4.3 Criterios de eliminación..... | 25 |

| Cap. | Pág. |
|--|-------------|
| VI.5. Instrumento de Investigación..... | 25 |
| VI.5.1 Descripción..... | 26 |
| VI.5.2 Validación..... | 28 |
| VI.5.3 Aplicación..... | 28 |
| VI.6 Desarrollo del proyecto..... | 34 |
| VI.7 Límite de espacio..... | 34 |
| VI.8 Límite de tiempo..... | 35 |
| VI.9 Diseño de análisis..... | 35 |
| VII. IMPLICACIONES ÉTICAS. | 36 |
| VIII. ORGANIZACIÓN..... | 37 |
| IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 38 |
| X. CUADROS Y GRÁFICOS..... | 42 |
| XI. CONCLUSIONES..... | 55 |
| XII. RECOMENDACIONES..... | 57 |
| XIII. BIBLIOGRAFÍA..... | 58 |
| XIV. ANEXOS..... | 61 |

I.-MARCO TEÓRICO

La diabetes mellitus tipo 2 es un grave problema de salud en México. Las perspectivas actuales resultan alarmantes: su incidencia va en aumento, se presenta a edades más tempranas, el diagnóstico se establece en forma tardía y el tratamiento es muchas veces inadecuado¹. En la última década, la prevalencia de obesidad y en forma paralela la de diabetes mellitus tipo 2 se han incrementado en forma dramática: ambos padecimientos crecen con mayor rapidez en el grupo de los adultos jóvenes.

La causa de la diabetes tipo 2 es heterogénea, incluyendo factores hereditarios y del estilo de vida. Su prevalencia en una población determinada es el resultado de la presencia en mayor o menor proporción de estos factores. Acorde con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2006), la prevalencia de diabetes en la población adulta es de 14.1 % (cerca de 50 % desconocía tener la enfermedad). En el grupo de 20 a 40 años afecta a 5.8 % de los individuos, lo que representan 20.6 % de todos los casos de diabetes¹.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas que más requiere la colaboración del psicólogo, tanto para la adaptación de la persona al tratamiento como para poder favorecer una evolución adecuada. En los últimos años se han hecho diferentes investigaciones sobre las variables psicológicas que pueden influir en la DM. A principios del siglo XVII, Willis² (1679) y Maudsley² (1899) sugirieron la relación entre la DM y la psicopatología. Según estos autores, la causa de la DM parecía estar producida, en numerosos casos, por estados prolongados de depresión y/o

ansiedad. Se ha demostrado que algún daño psicológico puede actuar como desencadenante de la enfermedad, la probabilidad de padecer un estado depresivo aumenta cuando el control glucémico empeora y, al mismo tiempo, cuando aparece un trastorno depresivo en una persona con DM, empeora el control de la glucemia. Los pacientes con DM tipo 2 y depresión presentan normalmente una baja adhesión al tratamiento y parece ser que la depresión en este tipo de pacientes es una variable predictiva del cumplimiento terapéutico.

Los factores psicológicos juegan un papel decisivo en el automanejo de los pacientes con diabetes, ya que demanda esfuerzos al paciente y a sus familiares en términos de motivación y adaptación. Los problemas de adaptación pueden ocurrir en respuesta al diagnóstico, pero también cuando el paciente se enfrenta con episodios de hipoglucemia repetidos, cuando se inicia el tratamiento con insulina o cuando se desarrollan las complicaciones de la enfermedad. Existen elevadas tasas de prevalencia de comorbilidades psicológicas en los pacientes con diabetes, el apego al tratamiento puede verse afectado por los síntomas de ansiedad y depresión³.

La diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública que no es exclusivo de países en desarrollo como México; esta enfermedad por sus características de cronicidad, ocasiona no sólo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos en enfermos crónicos⁴, el más común de los trastornos es la depresión, teniendo las personas con diabetes doble de

riesgo de presentarla, además de estar asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento y disminución de la calidad de vida. La tarea difícil del control metabólico condiciona aspectos que requieren la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2.⁵ No obstante las implicaciones de los factores psicosociales en la diabetes, tradicionalmente se atiende a los pacientes desde el punto de vista biomédico en la atención primaria, de ahí que se explora poco la frecuencia con que se presentan factores psicosociales que por sus características, pueden dificultar el tratamiento y control de la enfermedad.

En México, la diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres es también la principal causa de retiro prematuro, ceguera e insuficiencia renal. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos fue de 7.0%, mayor en mujeres (7.3%) que en hombres (6.5%)⁵. El apego al tratamiento médico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 puede verse afectado por la coexistencia de síntomas de ansiedad o depresión.

Diagnóstico de Depresión

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades : CIE-10)⁶.

La depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que entre el 20 y 25% de los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV)⁷.

Se entiende por depresión como una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes.

Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición)⁷ la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Así mismo se pueden observar otras alteraciones como puede ser la del apetito por la pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo, alteraciones en los ciclos del sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo.

Existen también cambios psicomotores como el enlentecimiento motriz, que está vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones⁸.

En cuanto al aspecto cognitivo, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

Con frecuencia en el paciente diabético, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados depresión menor o depresión NOS por el DSM-IV tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor; de ahí la importancia de estar sensibilizado y alerta para sospechar el diagnóstico. Múltiples trabajos realizados en Estados Unidos han

sido consistentes en demostrar que en la atención primaria más del 50-75% de los casos de enfermedades mentales comunes, incluyendo la depresión, pasan inadvertidas y no son diagnosticadas por largo tiempo.

El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas diabéticas tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos, o estos son erróneamente atribuidos a algo propio de su enfermedad. Por otro lado, tampoco existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado. La mejor estrategia de salud pública para combatir este problema es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje para depresión en la atención del paciente mayor ⁹.

Depresión y diabetes

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición.

Estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez¹⁰ (2003) de la Universidad Autónoma de México, han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad. También se encontró un estudio

de Pineda, Bermudez y Cano¹⁰ (2004) hecho en Santiago de Chile sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2 el cual confirma la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes¹¹.

La diabetes (DM2) es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental que quien la padece se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos ya que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados, quedando confusa la asociación con variables sociodemográficas y clínico metabólicas, principalmente hemoglobina glucosilada (HbA1c) e indicadores de control, además de patrones que guíen a etapas de evolución donde se presenta más frecuentemente la depresión, ya sea para prevenirla, o para disminuir o retrasar complicaciones¹².

Por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México.

Las variables psicológicas de mayor relevancia en el proceso de adaptación a la DM son:

- Atribuciones del paciente sobre la enfermedad. Se evalúa las atribuciones que la persona haga sobre los síntomas, la gravedad, la vulnerabilidad a sus consecuencias negativas, los costos (esfuerzo) y beneficios del tratamiento y la percepción de autoeficacia para llevar a cabo cada una de las variables del tratamiento.
- Nivel de ansiedad y/o depresión asociado a la enfermedad: Las personas con mayores niveles de ansiedad o depresión pueden tener un mal control metabólico. En los que presentan niveles de depresión como reacción al padecimiento de la DM cabe valorar diferentes aspectos: a) nivel de autoaceptación que percibe ante cada una de las variables del tratamiento. b) Pérdidas que considera por el hecho de tener DM, pues las personas con niveles depresivos suelen valorar que el cumplimiento terapéutico las lleva a una pérdida notable de hábitos o costumbres anteriores.
- Estrategias de afrontamiento de la persona con DM. La forma de enfrentarse a la DM dependerá del estilo de afrontamiento que la persona tenga ante situaciones conflictivas, su apoyo social y familiar.

La DM ofrece a diario situaciones que muchas personas pueden percibir como amenazadoras, cuando carecen de recursos para hacerle frente a esta enfermedad crónica. Las técnicas que han demostrado mayor éxito para

afrontar las situaciones difíciles en la asertividad de sus habilidades sociales, así como el entrenamiento en la autoobservación para detectar oportunamente riesgos de depresión que han de llevar a una actuación inmediata de tratamiento integral¹³.

Tampoco es extraño encontrar que las personas que reaccionan con depresión ante la diabetes habían presentado anteriormente algún tipo de respuesta depresiva ante los problemas cotidianos de la vida e incluso muchas han estado sometidas a tratamiento con anterioridad. Esto indicaría que existe una predisposición personal, y no es la enfermedad crónica en sí la que provoca la depresión, si no más bien un mal aprendizaje de afrontamiento de problemas.

Criterios de control en la diabetes tipo 2

La tarea difícil del control metabólico condiciona aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales, lo cual implica que lograr cifras glucémicas próximas a la normalidad requiere de la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional ha llegado a ser la limitante para mantenerse motivado para el buen control glicémico¹⁴.

Se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras¹⁵.

Al respecto, algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas¹⁵, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2 y por el mal control glicémico se llegue a depresión y sus consecuencias, siendo de gran ayuda para este control metabólico la vigilancia de la hemoglobina glucosilada.

La hemoglobina glucosilada (HbA1c) constituye el mejor parámetro de control glucémico, ya que se correlaciona con la aparición de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo y porque proporciona información sobre el grado de control en los 2-4 meses previos¹⁶. Se ha observado que a partir de valores superiores a 8% aumentan las complicaciones micro y macrovasculares y hasta emocionales. En estudios de intervención como el UKPDS2 y el Steno4, los beneficios en los grupos de estos estudios de tratamiento intensivo se obtuvieron con valores de HbA1c medios próximos al 7%. A la luz de dichos estudios, el Consenso Europeo para el tratamiento de la DM2, las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) de la DM2 y las guías mexicanas de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la DM2¹³, proponen unos criterios de HbA1c basados en el intervalo de normalidad utilizado en el estudio DCCT (4-6%; media [DE] 5 [0,5]%). Sin embargo, mientras que el Consenso Europeo considera buen control una HbA1c inferior al 6,5% y aceptable una HbA1c inferior al 7,5%, la ADA y las guías mexicanas de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de las DM2 consideran como objetivo terapéutico una HbA1c inferior al 7%¹⁷.

Percepción de apoyo social

Percepción: Es un proceso mediante el cual una persona, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo.

Apoyo social.- Es un proceso interactivo, del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso, teniendo otro concepto: como el grado en el que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

Importancia del apoyo social

El apoyo social es mucho más que una simple exposición al medio ambiente y que puede estudiarse como un efecto modificador o amortiguador contra los eventos de la vida.

-Clasificación

Se han descrito cuatro tipos de apoyo social.

- a) Emocional, que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza.

- b) Instrumental, caracterizado por conductas específicas que directamente ayudan a quien lo necesita.

- c) Informativo, que provee conocimientos a las personas afectadas para que éstas puedan enfrentar situaciones problemáticas; se refiere a los contactos a través de los cuales se recibe información o consejo en el entorno familiar laboral y comunitario.

- d) Evaluativo, que implica sólo transmisión de información.

Apoyo confidencial

Que se entiende como la posibilidad de contar con personas a quién poder comunicarle problemas o situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda.

Características que modifican el apoyo social

Hay una variabilidad importante por sexo, se ha visto que las redes sociales de las mujeres son ligeramente más amplias que las de los hombres en todas las edades, las redes de las mujeres tienen una alta proporción de familia y amigos; mientras que en los hombres pueden estar más relacionadas con el trabajo¹⁸.

El estado marital es también importante, los individuos casados tienen el apoyo de su cónyuge. En cuanto al papel del paciente en la familia encontramos que un ejemplo puede ser el originado al depender económicamente de alguien. También el analfabetismo obstaculiza el control metabólico y el auto control.

Las reacciones de una familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores como son: el tipo de familia, la cultura, la educación, el desarrollo familiar y las ideas sobre la salud frente a la enfermedad y su tratamiento.

Así mismo, hay evidencia empírica de la relación entre apoyo social y bienestar, pero los orígenes y mecanismos de asociación no han quedado claros. Algunos autores sostienen que el apoyo social surte un efecto “directo” en la salud, mientras que otros plantean un efecto indirecto o “mediador”. Por otro lado, muchos trabajos se han centrado en el efecto protector del apoyo social frente al estrés, en tanto que otros se han centrado en su efecto en las actitudes y conductas que impactan en la salud y en la longevidad, como la dieta, dejar de fumar o el ejercicio físico¹⁹.

Pese a los avances, también hay muchas deficiencias en esta área de estudio, pues existe gran diversidad en la medida de apoyo social y poco consenso en cómo debería definirse. A pesar de su diversidad, los conceptos de apoyo social y sus operacionalizaciones pueden agruparse en tres amplias categorías: conexión social, apoyo social percibido y apoyo social recibido.

La conexión social: Se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social, y se ha evaluado fundamentalmente a partir de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos. Aunque se han

empleado métodos complejos de medición, uno de los problemas de esta concepción es que no todas las personas de la red social constituyen una fuente de apoyo²⁰.

El apoyo social percibido: Se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros y se evalúa preguntando a las personas en qué medida creen que disponen de apoyo social. El apoyo social recibido se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchado por algún amigo, Aunque la evidencia es incompleta y pueden influir aspectos temporales y situacionales, como la necesidad real del apoyo o si la conducta de apoyo obtenida es la precisada, se ha encontrado evidencia empírica de que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo social recibido²¹.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

La diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública que no es exclusivo de países en desarrollo como México, esta enfermedad por sus características de cronicidad, ocasiona no sólo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece situación que la mayoría desconoce.

Lustman²² refiere que el paciente con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico debido a factores relacionados con la enfermedad como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y apoyo de sus familiares así como el tratamiento de larga evolución y sus complicaciones.

El más común de los trastornos es la depresión, teniendo las personas con diabetes dos veces mas riesgo, estando asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento, disminución de la calidad de vida y baja percepción de apoyo social.

Diversos autores²³ han observado que el apoyo social representa una alternativa para disminuir las prevalencia de estas alteraciones ya que representa un conjunto de recursos humanos y materiales con el que cuenta un individuo o familia para superar determinadas crisis normativas y paranormativas así mismo se ha confirmado que el apoyo social tiene un efecto amortiguador y beneficioso sobre muchos eventos de la salud.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿CUAL ES EL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME DEPRESIVO EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR?

III.-JUSTIFICACIÓN

III.1 Académica.

En la formación del médico familiar es importante la investigación ya que forma parte de su perfil y lograr parte los objetivos para obtener un diploma de la especialidad en medicina familiar.

III.2 Científica.

Diversos estudios han manifestado que el apoyo social es un elemento que contribuye como sostén primordial y trascendental en el paciente con enfermedades crónicas²³.

La realización de esta investigación tiene como propósito primordial identificar la percepción del apoyo social en pacientes con DM2 bien controlados, relacionándolos con el síndrome depresivo; así como indicadores sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil), antigüedad del diagnóstico de diabetes y que estén acudiendo a la consulta externa de medicina familiar del turno matutino en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos.

III.3 Social.

La importancia de conocer la percepción del apoyo social en el paciente diabético nos proporcionará la evidencia para orientarnos a desarrollar nuevos programas para impulsar estas fuentes de apoyo en beneficio del paciente, con esto se comprende el interés por incorporar el análisis y cuantificación del apoyo social dentro de las actividades del médico de familia y con esto lograr que los pacientes que cuentan con mayor apoyo social se encuentren en un

mejor control de su enfermedad y que esto mismo influye sobre las complicaciones y la calidad de vida del paciente.

III.4 Económica.

Elaborar un plan de detección oportuna donde se pretenda conformar una alianza terapéutica individualizada entre el paciente, la familia, el médico y otros miembros del equipo de atención médica (apoyo social) e incorporar de manera más activa a los pacientes diabéticos en el autocuidado de su padecimiento, facilitando su capacitación y orientación sobre síntomas de la depresión y concientizar para evitar que aumenten el riesgo de complicaciones agudas o el mal apego al tratamiento, esperando fomentar la creación de grupos de ayuda mutua.

El realizar el enfoque integral y preventivo para una visión familiar y el paciente a partir de la presencia de la diabetes mellitus tipo 2, detectar la percepción de apoyo de la familia o de la pareja dentro del ciclo, hacia el paciente, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre si, abordar la enfermedad en forma integral permite un mejor control sobre la enfermedad y una rehabilitación social importante.

IV. HIPÓTESIS

La percepción de apoyo social que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es un nivel de apoyo social escaso en el menor número de pacientes y un grado de depresión leve en la mayoría de los casos.

IV.1 Elementos de la hipótesis

Diabetes Mellitus tipo 2

Apoyo social

Síndrome depresivo

IV.1.1 Unidades de Observación

Pacientes diabéticos

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependientes

- Apoyo social
- Síndrome depresivo

IV.1.2.2 Independientes

- Pacientes con diabetes

IV.1.3 Elementos lógicos de relación

La, De, En, Con, En, Un, Y

V. OBJETIVOS

V.1.-Objetivo general.- Identificar la precepción del nivel apoyo social y el grado de depresión que presentan pacientes con diagnóstico de DM2 en el turno matutino de la consulta externa de medicina familiar del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.

V.2.-Objetivos específicos.

V.2.1.- Identificar el nivel de la percepción del apoyo: emocional, instrumental, social y afectivo.

V.2.2.- Determinar la prevalencia del grado de depresión.

V.2.3.- Identificar variables sociodemográficas: edad, genero escolaridad, ocupación y estado civil.

V.2.4.- Conocer el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus.

VI.- MÉTODOS

VI.-Tipo de estudio: Observacional y Transversal.

VI.2.-Diseño de estudio

Se invitó a todos los pacientes diabéticos de 20 a 50 años de edad en el periodo de Abril a Julio del 2013, y que acudieron a la consulta externa de medicina familiar turno matutino, a participar en el estudio dando a conocer el objetivo principal del estudio así como sus beneficios al participar.

El expediente clínico que tuviera estudios de Hb Glucosilada de menos de tres meses de haberse realizado el estudio. Se le invitó a participar y al aceptar el paciente se le entregó un consentimiento informado, y dos cuestionarios el de MOS y Escala Clinimétrica.

Se explicó las características del estudio, así como se aclararon sus dudas que se presentaron en los anexos entregados.

En caso de que supieran leer ni escribir se le realizará una entrevista por el investigador con preguntas plasmadas de cada anexo

VI.3.- Operacionalización de variables:

| VARIABLE | DEFINICION TEORICA | DEFINICION OPERACIONAL | NIVEL DE MEDICION | INDICADOR | ITEM |
|--------------------------------------|---|---|------------------------|---|--|
| Depresión | La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. | Se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. | Cualitativa ordinal | Grado: *Depresión leve *Depresión Moderada *Depresión Grave *Ausencia de depresión | ESCALA CLINIMETRICA PARA DIGNOSTICAR GRADO DE DEPRESIÓN ANEXO 2 16 ITEMS |
| Percepción de Apoyo Social | Es como un proceso interactivo, gracias al cual, el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra, | Es el sentirse protegido por su familia y la sociedad. Desde el punto de vista económico, cariño, y comunicación. | Cualitativa Nominal | NIVELES: *EMOCIONAL Máxima 40 Media 24 Mínima 8 *INSTRUMENTAL Máxima 20 Media 12 Mínima 14 *RELACIONES SOCIALES Máxima 20 Media 12 Mínima 4 *APOYO AFECTIVO Máxima 15 Media 9 Mínima 3* | ESCALA DE- MOS ANEXO 3 20 ITEMS |
| Género | Taxón que agrupa a especies que comparten ciertos caracteres | Es un grupo de organismos que a su vez pueden dividirse en varias especies. | Cualitativa Dicotómica | Masculino Femenino | Cédula de Identificación ANEXO 2 |
| Tiempo de evolución de la DM2 | Es una magnitud física con la que medimos la duración de la evolución en este caso de la DM2 | Lo referido por el paciente en la encuesta | cuantitativa | Meses Años | Cédula de Identificación |

| VARIABLE | DEFINICION TEORICA | DEFINICION OPERACIONAL | NIVEL DE MEDICION | INDICADOR | ITEM |
|---------------------|--|--|-----------------------|---|----------------------------------|
| Ocupación | Es la acción de ocuparse en alguna actividad, se utiliza el sinónimo de trabajo oficio o actividad cotidiana | Es una ocupación habitual o la profesión de algún arte mecánico que en algunas ocasiones no requiere de estudios formales | Cualitativa Nominal | Hogar Profesional Oficios Comerciante Campesino | Cédula de Identificación ANEXO 2 |
| Edad | Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo | Espacio que transcurrió de un tiempo a otro | Cuantitativa Continua | 20- 30 años 31- 50 años 51- 60 años 61- 80 años | Cédula de Identificación ANEXO 2 |
| Escolaridad | Proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos | Es el grado máximo de estudios de un individuo adquiriendo nuevos conocimientos | Cuantitativa Discreta | Ningún estudio Primaria Secundaria Preparatoria Técnico | Cédula de Identificación ANEXO 2 |
| Estado Civil | Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo | Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente, religiosa o unión libre | Cuantitativa Discreta | Soltero Casado Divorciado Separado Viudo | Cédula de Identificación ANEXO 2 |
| | | | | | |

VI.4 Universo de Trabajo.

Esta investigación se desarrolló en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” en la consulta externa de medicina familiar turno matutino en el periodo de Abril-Julio del 2013 con un universo de 230 pacientes de los cuales el 60% son del sexo femenino y el 40% del sexo masculino.

VI 4.1.-Criterios de inclusión

VI 4.1.2.- Los pacientes de ambos sexos con diagnóstico de DM2 los cuales acuden a control a la consulta externa de medicina familiar turno matutino del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos y que son mayores de 20 años.

VI 4.1.3.- Pacientes que otorguen su consentimiento de participar en el estudio.

VI 4.1.4.- Pacientes diabéticos con niveles de hemoglobina glucosilada de 6.5 realizada como máximo tres meses previos a la entrevista.

VI 4.1.5- Pacientes que acepten y contesten en un 90% de los reactivos.

VI 4.1.6.- Pacientes que sepan leer y escribir.

VI 4.2.- Criterios de exclusión

VI 4.2.1.- Pacientes diabéticos, con diagnóstico de insuficiencia renal, con diálisis peritoneal intermitente, con retinopatía diabética, pie diabético, EVC previo o con secuelas, EPOC severo dependiente de oxígeno, con infarto previo y trastornos de la conducta o demencia.

VI 4.2.2- Pacientes analfabetas

VI 4.2.3.- Pacientes menores de 20 años

VI 4.3.- Criterios de eliminación

VI 4.3.1.-Pacientes que inicien el cuestionario y en el momento de recabar resultados no deseen participar.

VI.5.- Instrumentos de Investigación

Se aplicaran el cuestionario de apoyo social de MOS y la escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con DM2.

VI.5.1 Descripción.

1.-Cuestionario MOS: Propuesto y validado Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo MOS-SSS²⁴, The Medical Outcomes Study Social Support Survey y centraliza el análisis en la percepción del nivel de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo esto no quiere decir, que no disponga de apoyo. Por otra parte recibir apoyo confundido, a menudo con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que esté disponible para una persona.

Las medidas de apoyo social generalmente exploran los siguientes niveles:

El llamado **apoyo estructural** (tamaño de la red social) o **el apoyo funcional** (percepción de apoyo), el apoyo funcional quizá sea el más importante (Sherboume 1992) y es **multidimensional**:

- Emocional (amor empatía)
- Instrumental (tangible)
- Informativo (consejos o feedback)
- Valoración (ayuda a la autovaloración)
- Compañerismo durante el tiempo libre

En España se ha utilizado con puntos de corte (López colaboradores 2000) empleo 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo²⁴. La consistencia interna para la

puntuación total es alta (alfa=.97) y para las subescalas oscila entre .91 y .96. la fiabilidad de test y retest es elevada (.78).

El ítem 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional:

- Emocional
- Instrumental
- Interacción social positiva
- Apoyo afectivo

La distribución factorial de los ítems se presenta de la siguiente manera

Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

Ayuda material o instrumental: ítems 2, 5, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 2, Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems.

VI.5.2 Validación

Se pregunta mediante una escala de cinco puntos con qué frecuencia esta disponible para el entrevistado de cada punto de apoyo. Se ha usado el coeficiente alfa Crombach para medir la consistencia interna de la escala y de los tres factores se han obtenido valores cercanos a 1 que permite establecer que la escala es consistente. La prueba un índice de confiabilidad de alfa Crombach de .919, para la totalidad de la misma, mientras que por factor presenta las siguientes alfas: Apoyo emocional .876, apoyo afectivo .846, y para apoyo instrumental: .802.

Estudiar el Instrumento de MOS validado por Sherbourne 1991 permite conocer la red familiar y extrafamiliar y medir cuatro dimensiones de apoyo social: emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo. Es simple, sencillo y breve que permite la aplicación en distintos ámbitos.

VI.5.3 Aplicación

Se le entregara al paciente un cuestionario de MOS, el cual consta de 20 ítems con respuestas en escala de categorías tipo Likert seleccionando una respuesta para cada pregunta.

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

- Ayuda material o instrumental: ítems 2,5,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

2.- ESCALA CLINIMÉTRICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL GRADO DE DEPRESIÓN

La Escala clinimétrica para el diagnóstico del grado de depresión (ECDD) en pacientes con DM2 para su validez se realizó un estudio a cabo en 528 pacientes con DM2 entre 18 y 85 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante 2003. Se utilizó un diseño de prueba diagnóstica, el estándar de oro fue la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta. . El objetivo del estudio fue diseñar y validar una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión (ECDD) en pacientes con DM2, en unidades de atención primaria²⁵.

La ECDD presentó una concordancia interobservador de 0.7739. El mejor punto de corte en las curvas ROC para diagnosticar depresión fue 6, con el cual se obtuvo una sensibilidad de 95.3%, especificidad 96.8%, VPP 92.2% y VPN 98.1%. La ECDD presentó una concordancia interobservador de 0.7739. El mejor punto de corte en las curvas ROC para diagnosticar depresión fue 6, con el cual se obtuvo una sensibilidad de 95.3%, especificidad 96.8%, VPP 92.2% y VPN 98.1%.

La ECDD aplicada en pacientes con DM2 es un instrumento consistente, válido y de fácil aplicación para diagnosticar el grado de depresión durante el acto de la consulta en atención primaria. Para el diagnóstico del grado de depresión leve, moderada y grave, punto de corte 6: se obtuvo sensibilidad 95.3%, especificidad 96.8%, valor predictivo positivo (VPP) 92.2%, valor

predictivo negativo (VPN) 98.1% y prevalencia de 28.2%. Para el diagnóstico de depresión moderada y grave, punto de corte 8: sensibilidad 90.7%, especificidad 99.5%, VPP 96.0%, VPN 98.9% y prevalencia de 10.2%.bPara el diagnóstico de depresión grave, punto de corte 11: sensibilidad 88.8%, especificidad 99.4%, VPP 72.7%, VPN 99.8% y prevalencia de 1.70%.

El promedio de tiempo empleado por los médicos familiares en la aplicación de la ECDD fue de un minuto para sospechar o descartar depresión y de cinco minutos para confirmarla. En relación con el tiempo invertido por el médico psiquiatra en la aplicación de la CIDI, éste fue de 15 minutos en promedio. Cabe resaltar la elevada sensibilidad, especificidad, VPP y VPN obtenidos con nuestra ECDD, comparada con otros instrumentos clinimétricos, como la escala de Beck, cuya sensibilidad y especificidad es de 86%, y la de Zung, con 85% y 75%, respectivamente.

El mejor punto de corte obtenido en la ECDD fue de 6, ya que con éste se logró el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, lo que nos permitió identificar a los deprimidos leves, moderados y graves, a diferencia de los puntos de corte 8 y 11 con los que únicamente se identificó a los moderados y graves, respectivamente. En relación con el Inventario de Depresión de Beck, el mejor punto de corte es de 14; sin embargo, este instrumento tiene un mayor número de *ítems* y considera una ponderación para cada uno de ellos.

Es de fácil aplicación –debido a que sólo consta de 13 reactivos–, así como de fácil comprensión –al usar respuestas dicotómicas–, lo que permite su

utilización en un tiempo corto para sospechar o descartar depresión y para confirmarla. Estas características son una ventaja si se comparan con otras escalas, como las de Beck, Hamilton y Montgomery–Asberg, que utilizan escala tipo likert y que tienen mayor número de reactivos: Beck y Hamilton, 21 ítems, y la escala de Carrol.

DEPRESIÓN LEVE (6)

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del (preguntas 1 a la 3) más la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de los síntomas del (preguntas 4 a la 13a) , considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN MODERADA (8)

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del (preguntas 1 a la 3) más la presencia de al menos seis respuestas positivas de los síntomas (preguntas 4 a la 13a) considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a

DEPRESIÓN GRAVE (11)

- Presencia de respuestas positivas de los tres síntomas (preguntas 1 a la 3) más la presencia de al menos ocho respuestas positivas de los síntomas (preguntas 4 a la 13a) considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

AUSENCIA DE DEPRESIÓN (0)

- No reúne ninguno de los criterios anteriores.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

El proyecto se desarrolló en el hospital Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” en el turno matutino de la consulta externa de la especialidad de Medicina Familiar con pacientes de 20 a mayores de 50 años con diagnóstico de DM2, que presentan los criterios de inclusión descritos y aceptaron participar en este estudio.

Previamente se revisaron los expedientes de los posibles candidatos a participar en el estudio, contabilizando un universo de 230 pacientes de los cuales el 60% son mujeres y 40% son hombres.

Acudiendo los pacientes a consulta se les invitó a participar en el estudio, informándoles y resolviendo sus dudas e inquietudes.

Participaron 126 pacientes los cuales respondieron adecuadamente los cuestionarios, posteriormente se contabilizaron las encuestas y se ingresaron los datos al sistema SPSS y finalmente se obtuvieron los resultados y las conclusiones del estudio.

VI.7 Límite de espacio.

El estudio se realizó en la consulta externa de la especialidad de Medicina Familiar en el turno matutino en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”

VI.8 Límite de tiempo.

Las encuestas se aplicaron del mes de abril al mes de julio del 2013 en la consulta externa de medicina familiar turno matutino en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”

VI.9 Diseño de análisis.

Conociendo a la población que se tiene en la consulta externa de medicina familiar turno matutino en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos con pacientes de 20 a mayores de 50 años con diagnóstico de DM2, se realiza el estudio el cual es de tipo Observacional porque el investigador no interviene y se limita a medir las variables que define el estudio y Transversal por que mide la prevalencia en una población definida y en un punto específico en el tiempo.

Se aplicaron los instrumentos a los pacientes que accedieron a participar, obteniendo los datos se realizó un análisis descriptivo de acuerdo a la distribución de las variables.

Terminando el periodo se procedió a cerrar el estudio y se procesaron los datos en el sistema SPSS 20 llegando al objetivo del estudio.

VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación, se sometió a juicio y aprobación del Subcomité de Enseñanza, Investigación y Ética, así como el de Bioética del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”. La investigación se llevó a cabo con los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio, para la investigación en humanos también cumple las normas establecidas en la ley de reglamento en materia de investigación científica en humanos de la Ley General de Salud. Así mismo después de revisar y confrontar los principios y las bases legales que nos rigen en la actualidad el presente proyecto se apega a las normas en materia de investigación, así como respetando los derechos humanos de la familia se entregara a cada participante un consentimiento informado (ANEXO 1)

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C SANDRA LILIANA PALACIO AZPEITIA

Director de tesis: E.M.F MONICA LÓPEZ GARCÍA

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del mes de julio al mes de octubre de 2013 se aplicaron 126 cuestionarios en la consulta externa de medicina familiar del hospital Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos en los cuales se captaron los siguientes resultados.

Los pacientes que presentaron ausencia de depresión 24 (66.6%) tenían un apoyo social adecuado, 12 (33.3%) un apoyo social escaso, los de depresión leve 12 (44.4%) apoyo social adecuado y 15 (55.6%) un apoyo social escaso, fueron los de depresión moderada 15 (62.5%) tenían un apoyo social adecuado y 9 (37.5%) un apoyo social escaso y los que presentaron una depresión grave 18 (46.5%) tenían un apoyo social adecuado, 18 (46.5%) tenían un apoyo social escaso y 3 (7.7%) falta de apoyo emocional. **(Gráfica 1)**

Para conocer el grado de depresión de los pacientes estudiados se utilizó la escala clinimétrica con los siguientes resultados.

- 36 pacientes (28.5%) con ausencia de depresión, 27 pacientes (21.4%) depresión leve, 24 pacientes (19.0%) t depresión moderada, y 39 pacientes (30.9%) con depresión grave. **(Gráfica 3)**
- Respecto a su grupo etáreo 3 pacientes (2.3%) corresponden al grupo de 20 a 30 años, 75 pacientes (59.5%) al grupo de 31 a 50 años, 33 pacientes (26.1%) corresponden al grupo de 51 a 60 años, 15 pacientes (11.9%) al grupo de 61 a 80 años. **(Gráfica 4)**
- De los 126 pacientes encuestados 68 (54%) fueron mujeres, 58 (46%) hombres. **(Gráfica 5)**

- En ocupación de los pacientes que participaron 66 (52.3%) se dedican al hogar, 30 (23.8%) trabajan en un oficio, 21 (16.6%) comerciantes, 9 (7.1%) empleados en alguna empresa. **(Gráfica 6)**
- De acuerdo a su estado civil 99 (78.5%) casados, 16 (12.7%) solteros, 8 (6.35%) viven en unión libre, y 3 (2.38%) son viudos. **(Gráfica 7)**
- En relación al tiempo que tienen con el diagnóstico de DM2 se encontró que 6 pacientes (4.7%) el diagnóstico fue a mayor de 3 meses y menor o igual a 12 meses, 33 pacientes (26.1%) se lo hicieron hace más de 1 año pero menos de 5 años, 27 pacientes (21.4%) se lo hicieron hace más de 5 años pero menos de 10 años, 45 pacientes (35.7%) hace más de 10 años pero menor o igual de 20 años y a 15 pacientes (11.9%) se les diagnóstico hace más de 20 años. **(Gráfica 8)**
- El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo para superar una determinada crisis, el apoyo social se divide en apoyo estructural y apoyo funcional el cual tiene cuatro dimensiones q son: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo usamos el cuestionario de MOS con los siguientes resultados:
- Apoyo emocional que se refiere al amor y empatía percibido por la paciente para su enfermedad 3 pacientes (2.38%) apoyo mínimo, 51 pacientes (40.4%) apoyo emocional medio y 72 pacientes (57.1%) tienen un apoyo social máximo. **(Gráfica 10)**

- Apoyo instrumental es aquel que es tangible y con respecto a nuestros resultados 3 pacientes (2.38%) presentan un apoyo mínimo, 48 pacientes (38.1) medio y 75 pacientes (59.5%) máximo. **(Gráfica 11)**
- Interacción social se refiere a las relaciones que tienen los pacientes con otros seres significativos en su ámbito social en el estudio 6 pacientes (4.7%) presentaron una interacción mínima, 66 pacientes (52.3%) medio y 54 pacientes (42.8%) máximo. **(Gráfica 12)**
- Apoyo afectivo se refiere al apego y cariño que nuestro paciente percibe de su entorno en el estudio realizado 6 pacientes (4.76%) presentaron apoyo mínimo, 57 pacientes (45.2%) medio, 63 pacientes (50%) máximo. **(Gráfica 13)**

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente tanto en la población general como en las poblaciones clínicas. Para la depresión mayor se calcula una prevalencia de vida del 3 al 6% en hombres y el 5% al 10% en mujeres.

Los pacientes con diabetes evidencian un mayor porcentaje de depresión que la población general.

Los resultados indican que los pacientes que mostraron depresión en la muestra estudiada evidencian un nivel leve de este trastorno del ánimo, aunque la diferencia significativa por sexo pone en evidencia la mayor incidencia de estados depresivos moderados y severos de depresión en las mujeres los cuales coincide con los planteamientos de investigaciones anteriores .

En el estudio “Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2” se encontró que el 45% de los pacientes estudiados no estaban deprimidos y el 55 % presentaban un grado de depresión

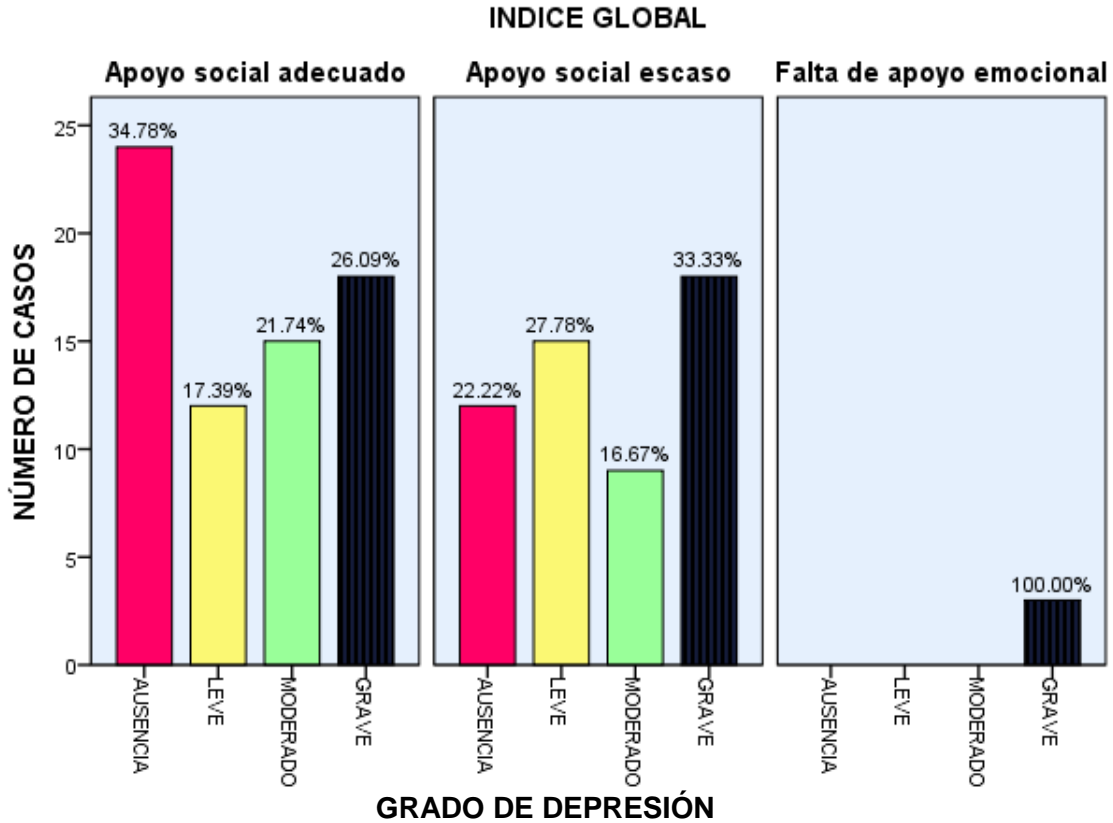
En el estudio realizado en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos turno matutino el 36% de los pacientes tuvieron ausencia de depresión y el 64% tenían un grado de depresión; de los pacientes que presentaron algún grado de depresión 40% son mujeres y 31% hombres; lo cual coincide con los planteamientos de investigaciones anteriores como la de L Sevincok, E Guney, A Zulu y F Blackaci²⁶ quienes determinaron que los pacientes del sexo femenino tienen mayor riesgo de padecer depresión que los del sexo masculino.

Esta diferencia observada por sexo indicó de manera directa en la presencia de sintomatología depresiva.

Se evidenció que un porcentaje significativamente superior de mujeres, las cuales manifestaron tener alteraciones del estado del ánimo, alteraciones cognitivas asociadas a pensamientos pesimistas, expectativas negativas acerca del futuro. Además mostraban en el ámbito emocional, somático y psicosocial; pérdida del apetito, irritabilidad, insatisfacción, llanto frecuente, aislamiento, baja motivación laboral y desgano.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

GRAFICA 1.- RELACIÓN ENTRE EL INDICE GLOBAL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN.



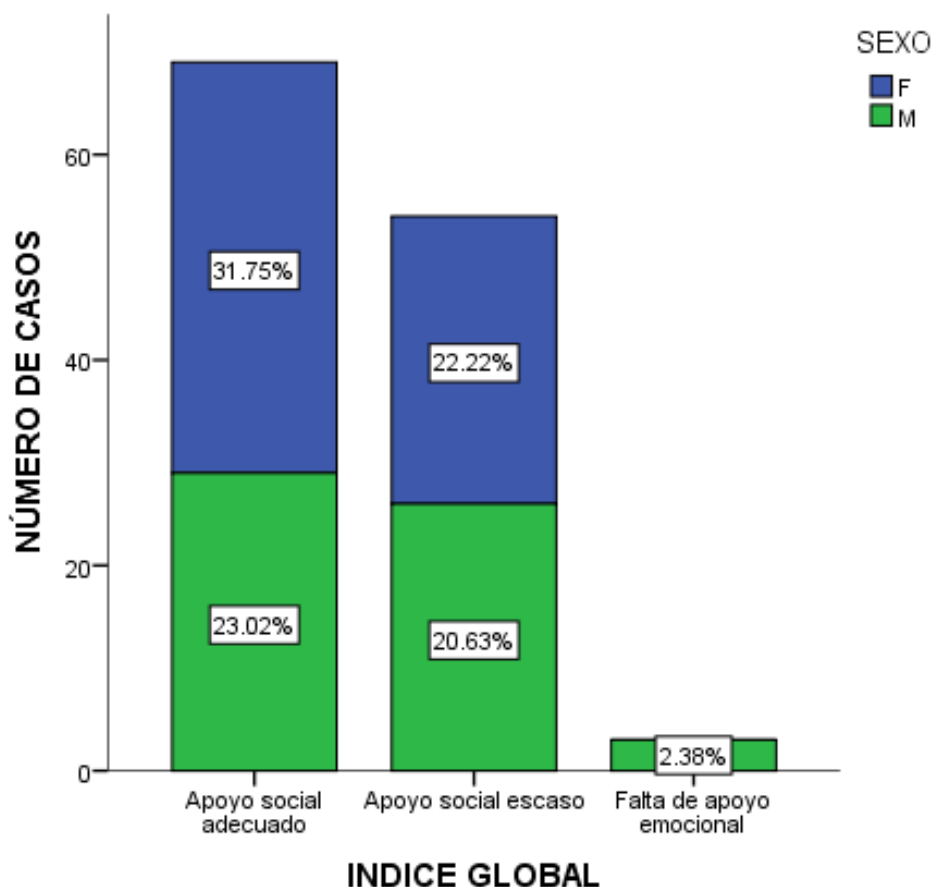
FUENTE: TABLA NUMERO 1

TABLA 1.- RELACIÓN ENTRE EL INDICE GLOBAL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN.

| INDICE GLOBAL | GRADO DE DEPRESIÓN | | | | TOTAL |
|-----------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| | AUSENCIA | LEVE | MODERADO | GRAVE | |
| APOYO SOCIAL ADECUADO | 24(19%) | 12(9%) | 15(12%) | 18(14%) | 69 |
| APOYO SOCIAL ESCASO | 12(9%) | 15(12%) | 9(7%) | 18(14%) | 54 |
| FALTA DE APOYO EMOCIONAL | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 3(2%) | 3 |
| FALTA DE APOYO INSTRUMENTAL | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0 |
| FALTA DE INTERACCIÓN SOCIAL | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0 |
| FALTA DE APOYO AFECTIVO | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0 |
| TOTAL | 36(29%) | 27(21%) | 24(19%) | 39(31%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICO 2.- RELACIÓN ENTRE EL INDICE GLOBAL DE APOYO Y EL NÚMERO DE CASOS DE ACUERDO AL GÉNERO.



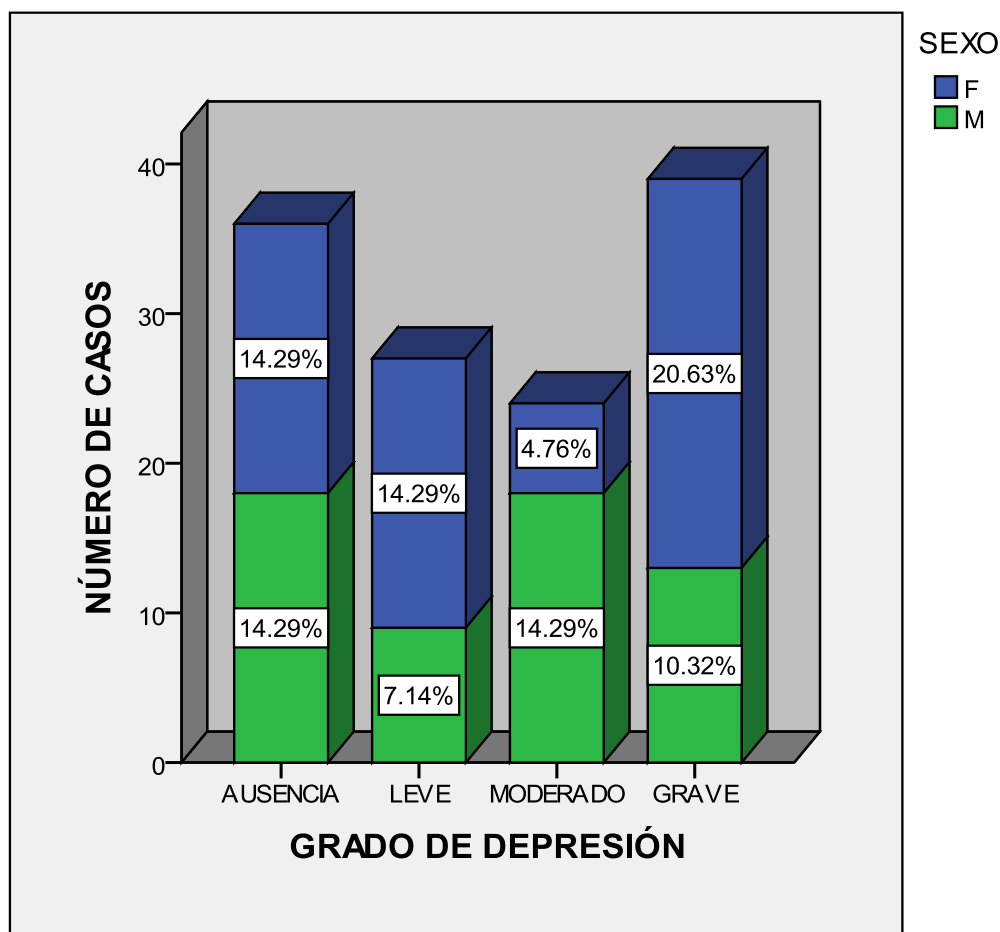
FUENTE: TABLA NÚMERO 2

TABLA 2.- RELACIÓN ENTRE EL INDICE GLOBAL DE APOYO Y EL NÚMERO DE CASOS DE ACUERDO AL GÉNERO.

| SEXO | INDICE GLOBAL | | | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| | Apoyo social adecuado | Apoyo social escaso | Falta de apoyo emocional | Falta de apoyo instrumental | Falta de interacción social | Falta de apoyo efectivo | |
| F | 40(32%) | 28(22%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | n=68 |
| M | 29(23%) | 26(21%) | 3(2%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | n=58 |
| TOTAL | 69(55%) | 54(43%) | 3(2%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRÁFICO 3.- RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPRESIÓN Y EL PORCENTAJE DE CASOS POR GÉNERO.



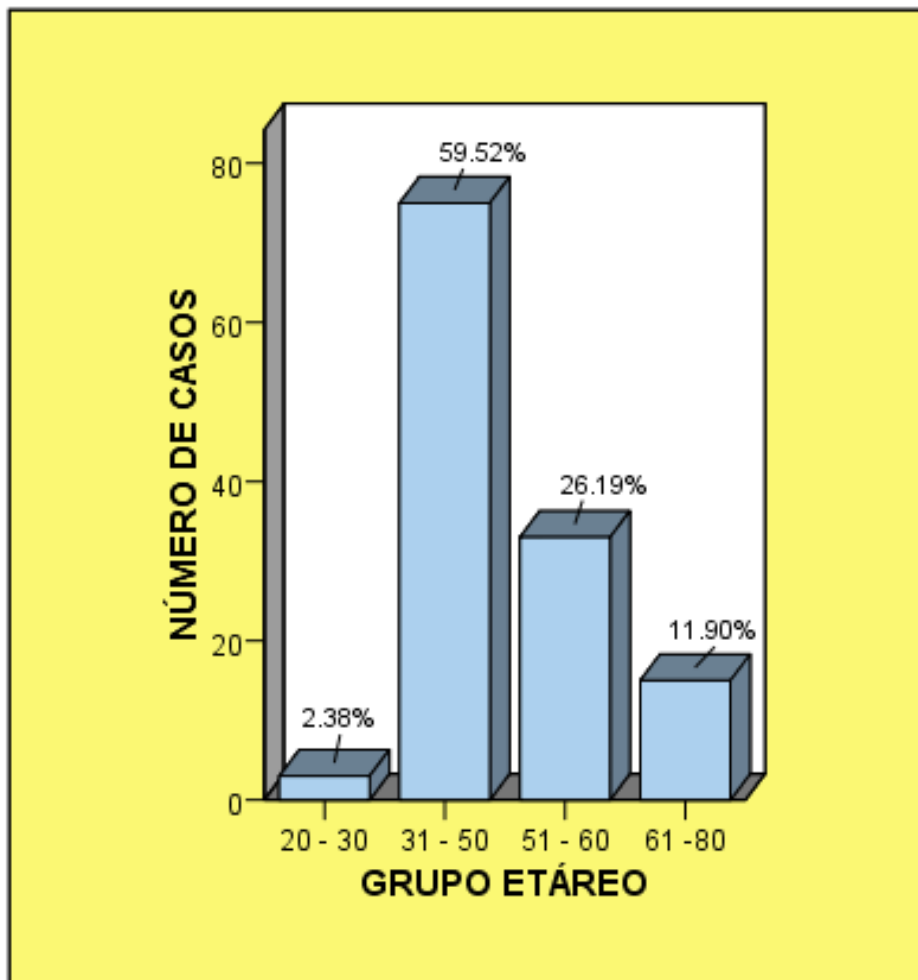
FUENTE: TABLA NÚMERO 3

TABLA 3.- RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPRESIÓN Y EL PORCENTAJE DE CASOS POR GENERO.

| SEXO | GRADO DE DEPRESIÓN | | | | TOTAL |
|--------------|--------------------|---------|----------|---------|-------|
| | AUSENCIA | LEVE | MODERADO | GRAVE | |
| F | 18(14%) | 18(14%) | 6(5%) | 26(21%) | n=68 |
| M | 18(14%) | 9(7%) | 18(14%) | 13(10%) | n=58 |
| TOTAL | 36(29%) | 27(21%) | 24(19%) | 39(31%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICO 4.- RELACIÓN ENTRE EL GRUPO ETÁREO Y EL NÚMERO DE CASOS.



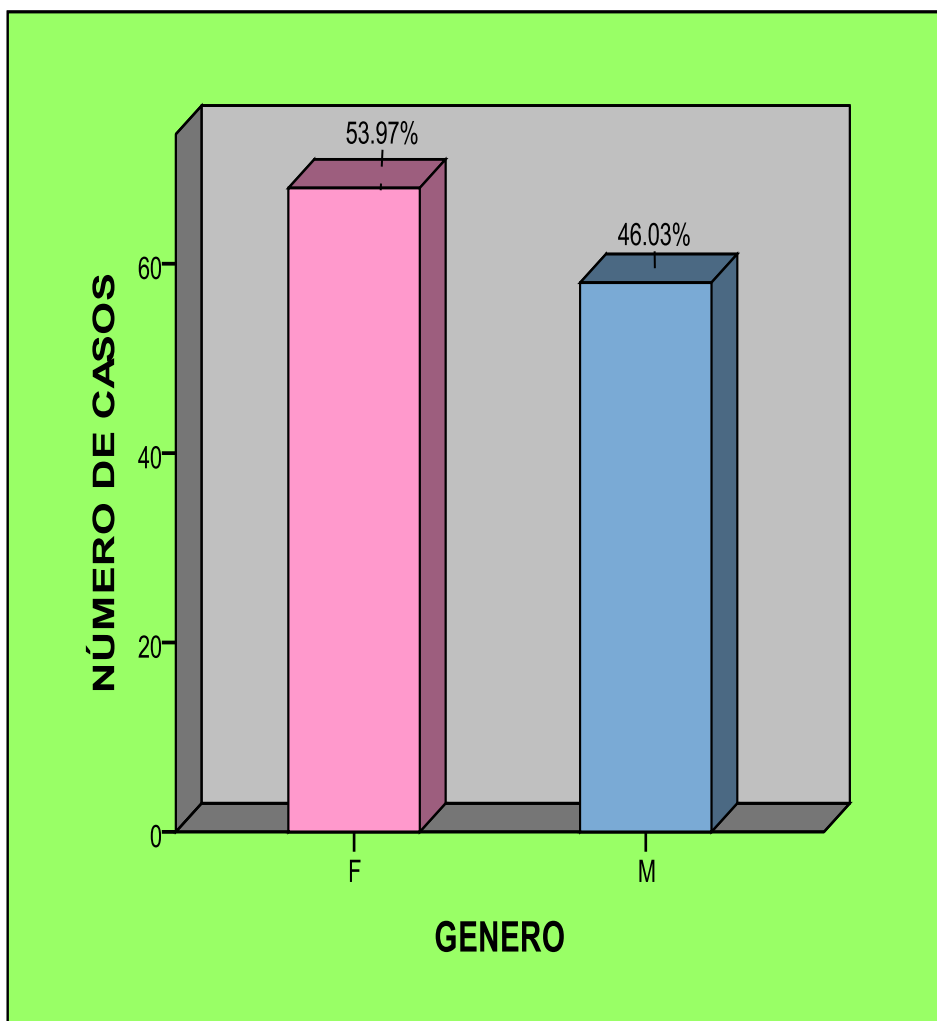
FUENTE: TABLA NÚMERO 4

TABLA 4.- RELACIÓN ENTRE EL GRUPO ETÁREO Y EL NÚMERO DE CASOS.

| GRUPO ETÁREO | | | | | | | | TOTAL | |
|--------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|------|
| 20 - 30 | | 31 - 50 | | 51 - 60 | | 61 - 80 | | n | |
| SEXO | | SEXO | | SEXO | | SEXO | | n | |
| F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| 1(1%) | 2(1%) | 51(40%) | 24(19%) | 13(10%) | 20(16%) | 3(2%) | 12(10%) | n=68 | n=58 |

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO II)

GRAFICO 5.- RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y EL NÚMERO DE CASOS.



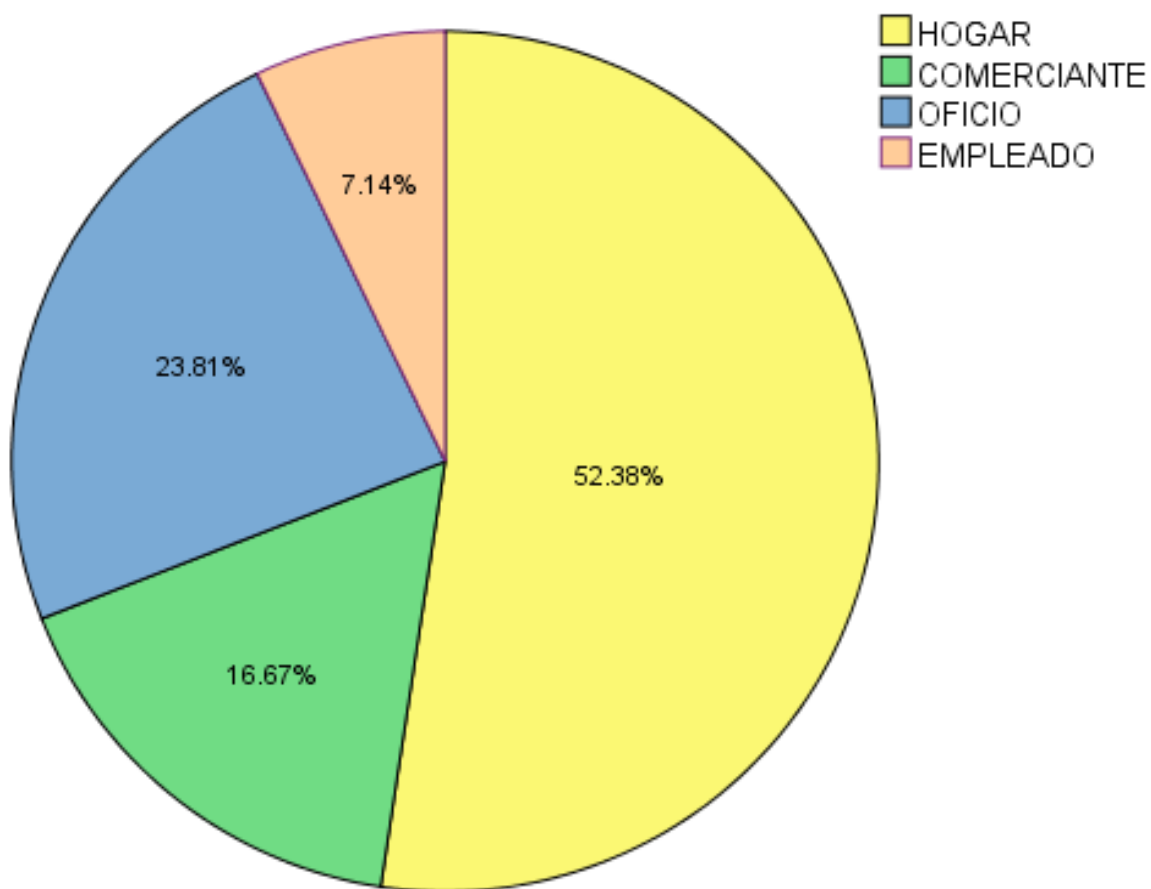
FUENTE: TABLA NÚMERO 6

TABLA 5.- RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y EL NÚMERO DE CASOS.

| GENERO | | TOTAL |
|---------|---------|-------|
| F | M | n |
| 68(54%) | 58(46%) | n=126 |

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO ii)

GRAFICO 6.-OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE.



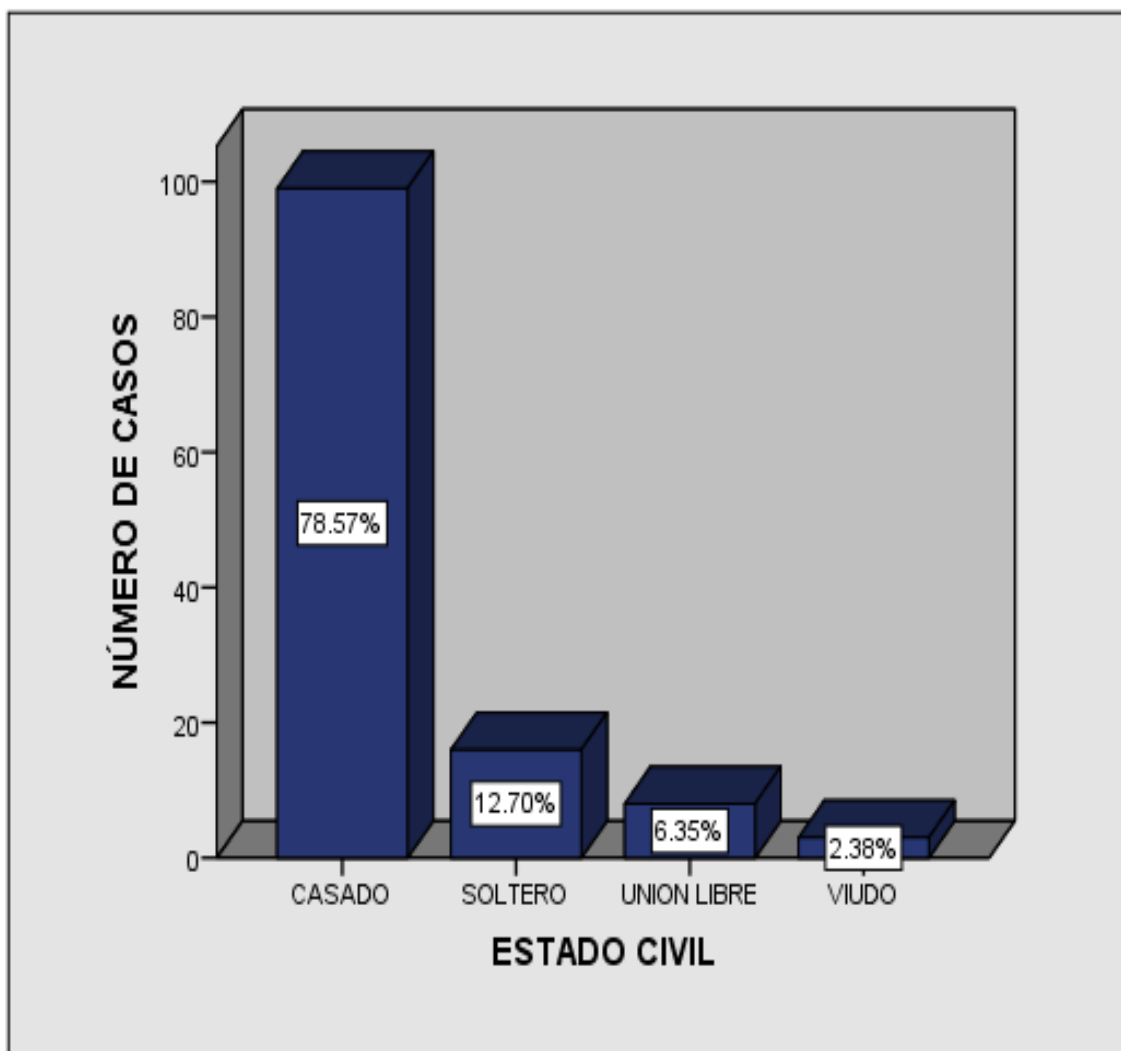
FUENTE: TABLA NÚMERO 6

TABLA 6.- OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE.

| OCUPACION | GRUPO ETÁREO | | | | TOTAL |
|-------------|--------------|---------|--------|-------|-------|
| | 20-30 | 31-50 | 51-60 | 61-80 | |
| HOGAR | 0(0%) | 45(36%) | 12(9%) | 9(7%) | n=66 |
| COMERCIANTE | 0(0%) | 15(12%) | 6(5%) | 0(0%) | n=21 |
| OFICIO | 0(0%) | 12(9%) | 12(9%) | 6(5%) | n=30 |
| EMPLEADO | 3(2%) | 3(2%) | 3(2%) | 0(0%) | n=9 |
| TOTAL | n=3 | n=75 | n=33 | n=15 | n=126 |

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO II)

GRÁFICA 7.- RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CASOS Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES.



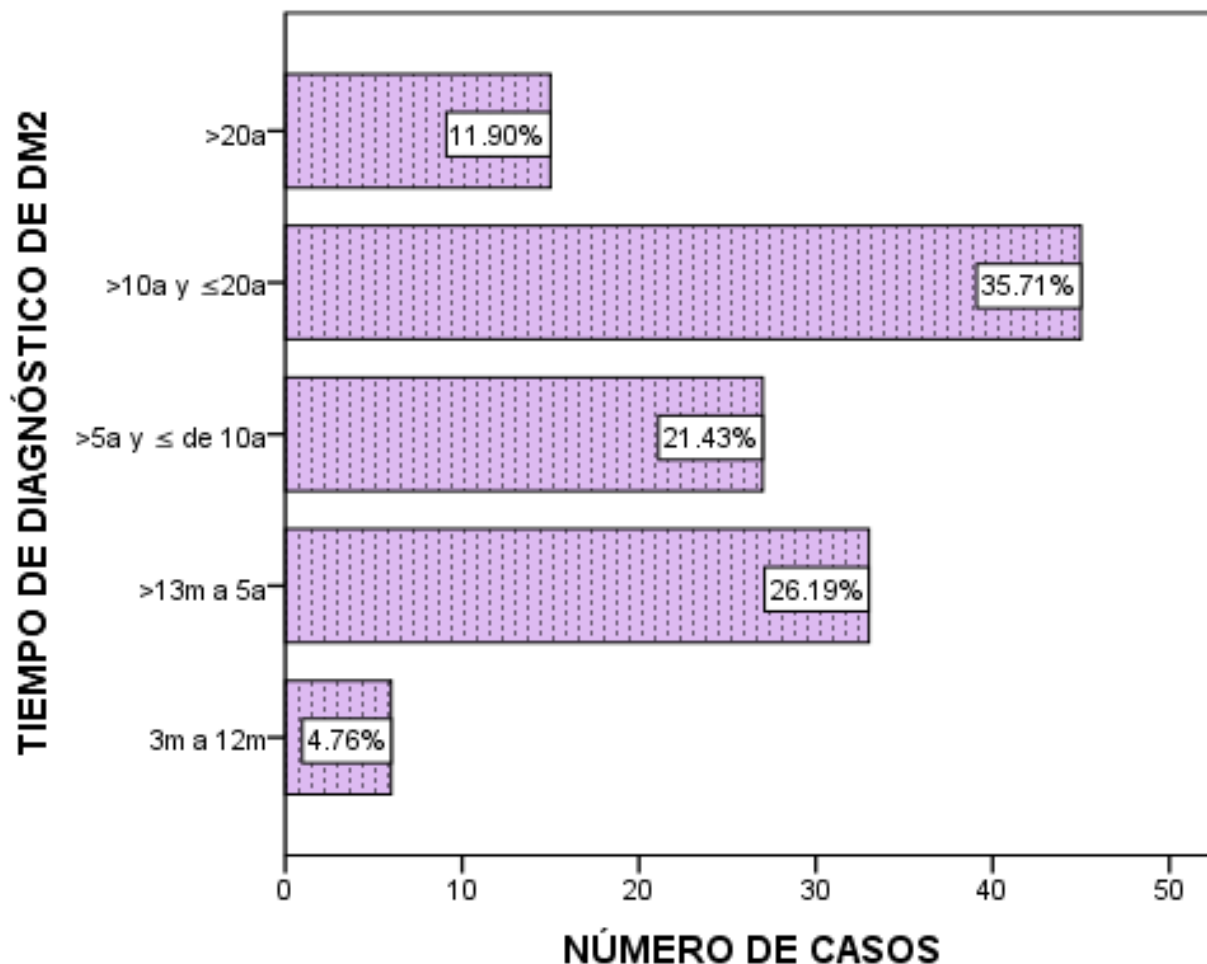
FUENTE: TABLA NÚMERO 7

TABLA 7.- RELACION ENTRE EL NUMERO DE CASOS Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES.

| SEXO | ESTADO CIVIL | | | | TOTAL |
|-------|--------------|---------|-------------|-------|-------|
| | CASADO | SOLTERO | UNION LIBRE | VIUDO | |
| F | 60(47%) | 5(4%) | 3(2%) | 0(0%) | n=68 |
| M | 39(31%) | 11(9%) | 5(4%) | 3(2%) | n=58 |
| TOTAL | 99(78.5%) | 16(13%) | 8(6%) | 3(2%) | n=126 |

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO II)

GRAFICO 8.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES.



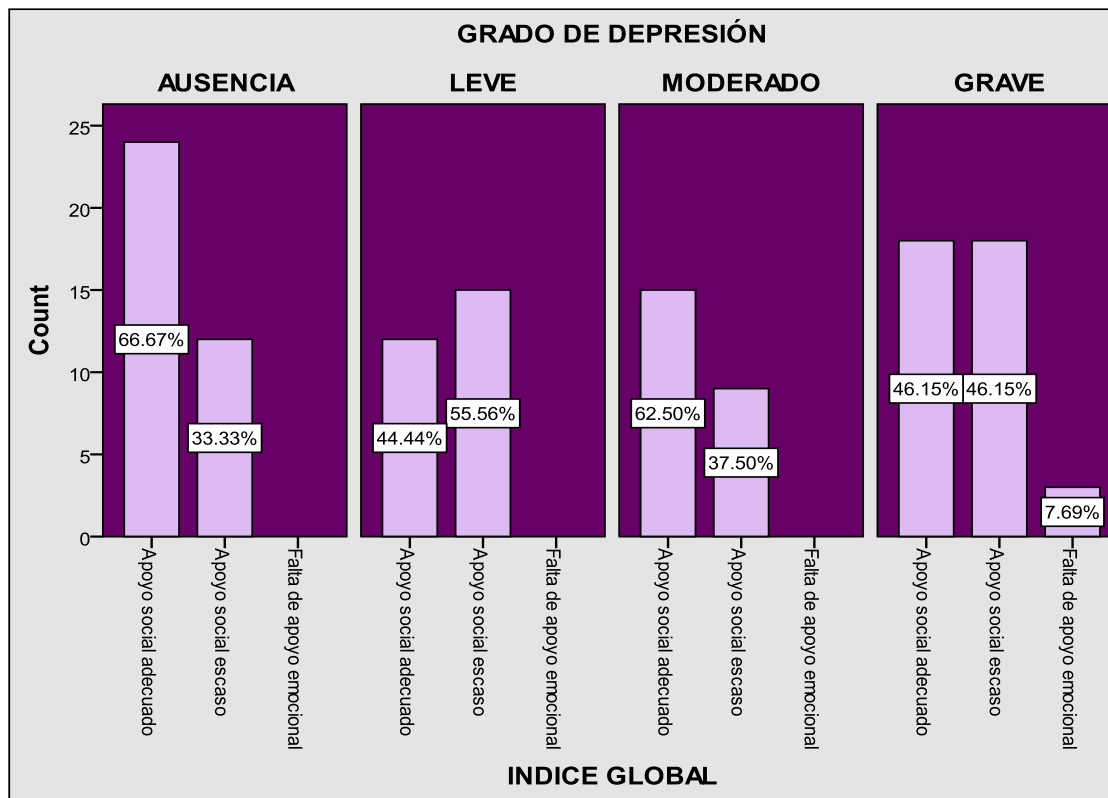
FUENTE: TABLA NÚMERO 8

TABLA 8.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES.

| SEXO | TIEMPO EN QUE SE LE DIAGNÓSTICO DM2 | | | | | TOTAL |
|--------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|----------|-------|
| | 3 A 12 MESES | >12 MESES A 5 AÑOS | >5 AÑOS Y ≤ 10 AÑOS | >10 AÑOS ≤20 AÑOS | >20 AÑOS | |
| F | 1 | 19 | 17 | 25 | 6 | n=68 |
| M | 5 | 14 | 10 | 20 | 9 | n=58 |
| TOTAL | 6(5%) | 33(26%) | 27(21) | 45(36%) | 15(12%) | n=126 |

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO II)

GRAFICA 9. RELACIÓN ENTRE EL INDICE GLOBAL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN.



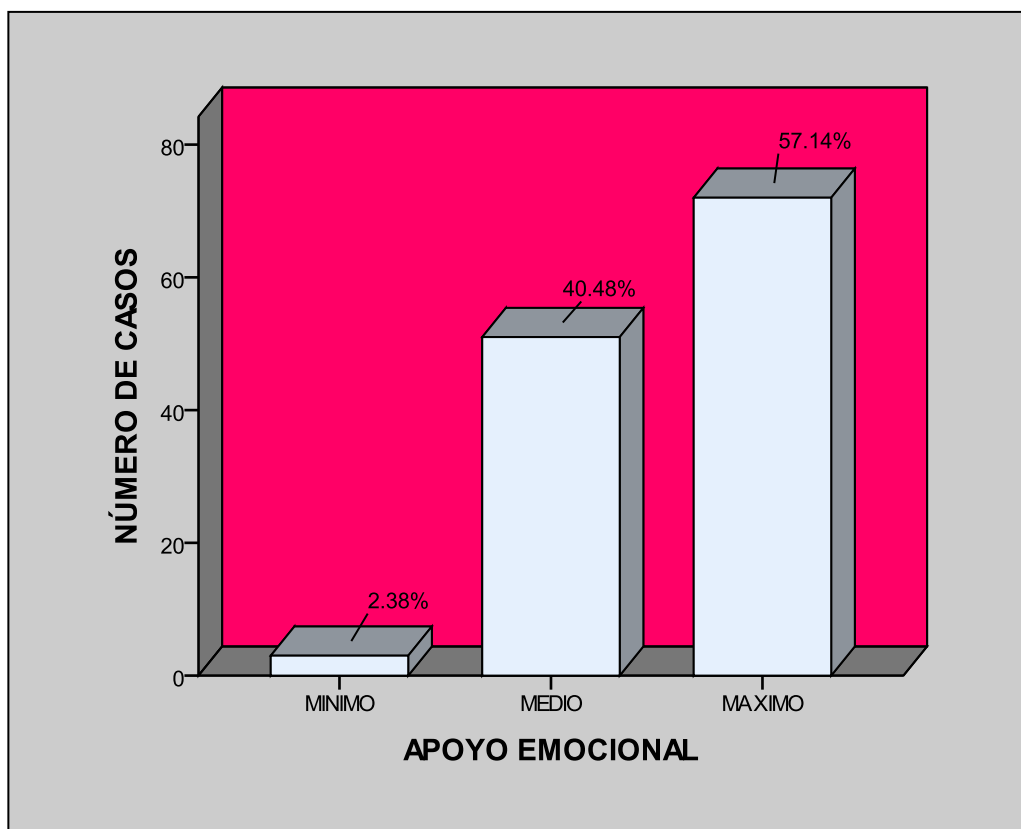
FUENTE: TABLA NÚMERO 9

TABLA 9.- RELACIÓN ENTRE EL INDICE GLOBAL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN.

| INDICE GLOBAL | GRADO DE DEPRESIÓN | | | | TOTAL |
|-----------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| | AUSENCIA | LEVE | MODERADO | GRAVE | |
| APOYO SOCIAL ADECUADO | 24(19%) | 12(9%) | 15(12%) | 18(14%) | 69 |
| APOYO SOCIAL ESCASO | 12(9%) | 15(12%) | 9(7%) | 18(14%) | 54 |
| FALTA DE APOYO EMOCIONAL | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 3(2%) | 3 |
| FALTA DE APOYO INSTRUMENTAL | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0 |
| FALTA DE INTERACCIÓN SOCIAL | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0 |
| FALTA DE APOYO AFECTIVO | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | 0 |
| TOTAL | 36(29%) | 27(21%) | 24(19%) | 39(31%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICA 10.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO EMOCIONAL.



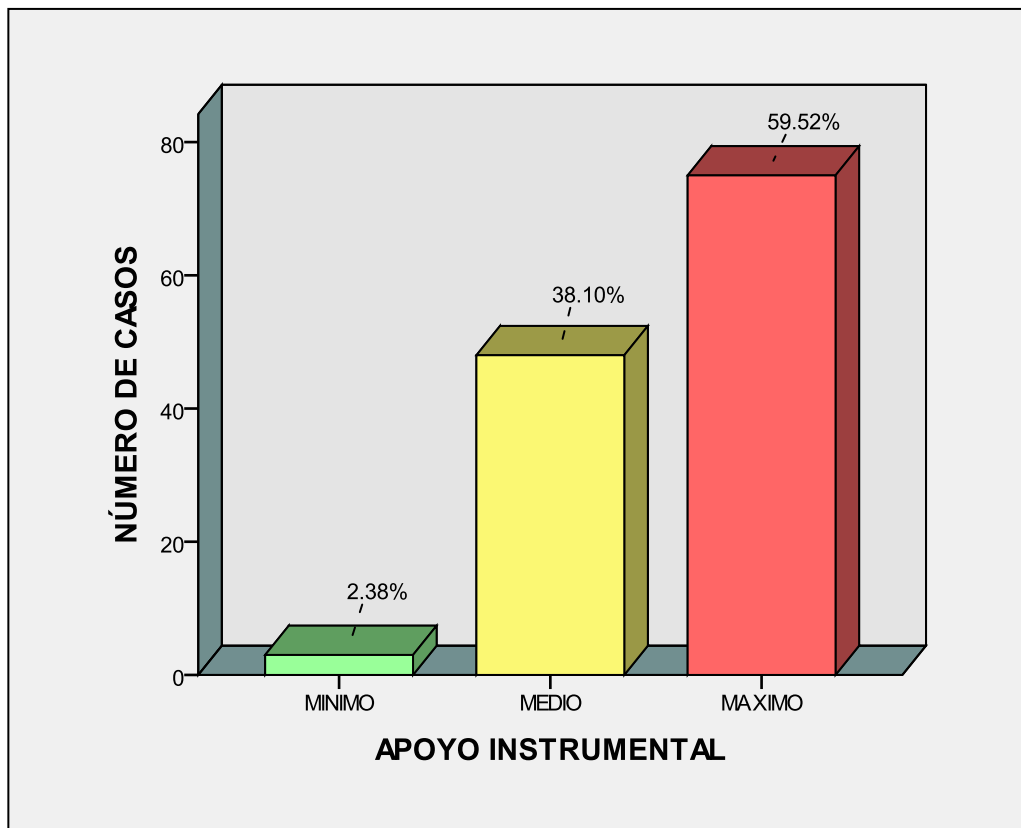
FUENTE: TABLA NÚMERO 10

TABLA 10.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO EMOCIONAL.

| SEXO | APOYO EMOCIONAL | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|---------|---------|-------|
| | MINIMO | MEDIO | MAXIMO | |
| F | 1(1%) | 31(25%) | 36(29%) | n=68 |
| M | 2(2%) | 20(16%) | 36(29%) | n=58 |
| TOTAL | 3(2%) | 51(40%) | 72(57) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICO 11- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA PERCEPCIÓN DEL APOYO INSTRUMENTAL.



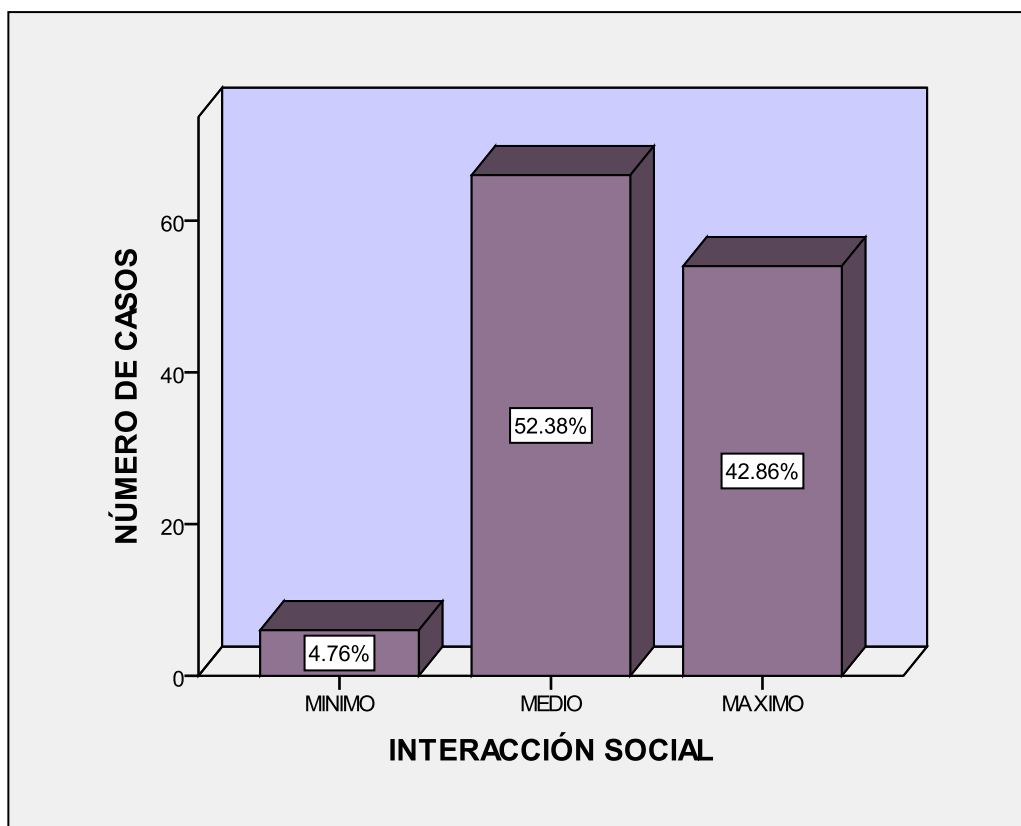
FUENTE: TABLA NÚMERO 11

TABLA 11- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA PERCEPCIÓN DEL APOYO INSTRUMENTAL.

| SEXO | APOYO INSTRUMENTAL | | | TOTAL |
|--------------|--------------------|---------|---------|--------------|
| | MINIMO | MEDIO | MAXIMO | |
| F | 0(0%) | 26(21%) | 42(33%) | n=68 |
| M | 3(2%) | 22(17%) | 33(26%) | n=58 |
| TOTAL | 3(2%) | 48(38%) | 75(60%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICO 12.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.



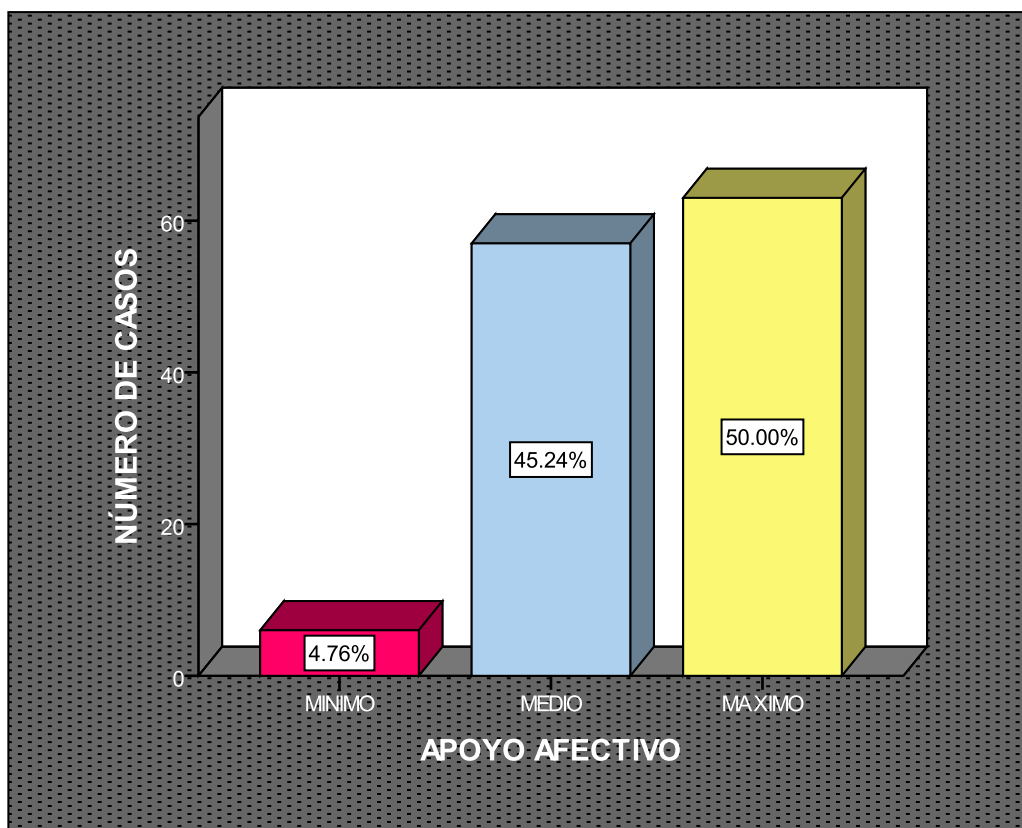
FUENTE: TABLA NÚMERO 12

TABLA 12.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

| GENERO | INTERACCIÓN SOCIAL | | | TOTAL |
|--------------|--------------------|----------------|----------------|--------------|
| | MINIMO | MEDIO | MAXIMO | |
| F | 0(0%) | 35(28%) | 33(26%) | n=68 |
| M | 6(5%) | 31(25%) | 21(17%) | n=58 |
| TOTAL | 6(5%) | 66(52%) | 54(43%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICO 13.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO AFECTIVO.



FUENTE: TABLA NÚMERO 13

TABLA 13.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO AFECTIVO.

| SEXO | APOYO AFECTIVO | | | TOTAL |
|--------------|----------------|---------|---------|-------|
| | MINIMO | MEDIO | MAXIMO | |
| F | 3(2%) | 26(21%) | 39(31%) | n=68 |
| M | 3(2%) | 31(25%) | 24(19%) | n=58 |
| TOTAL | 6(4%) | 57(45%) | 63(50%) | n=126 |

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

XI.- CONCLUSIONES

- Nuestra consulta en mayor número son mujeres.
- El grupo de edad de pacientes crónico degenerativos que acuden a consulta 59% se encuentran en un grupo etáreo entre 31 y 50 años.
- El 53% de nuestra población se dedica al hogar.
- El 78% son casados.
- El 36% de los pacientes se les diagnóstico la enfermedad hace aproximadamente más de 10 años a menor de 20 años.
- El 57% de la población tuvo apoyo emocional máximo.
- Con respecto al Apoyo instrumental el 59% de la población tuvo un nivel máximo.
- El 52% tuvo una interacción social media.
- El 50% tuvo un apoyo efectivo máximo.
- En un 21% la depresión grave se manifestó en el sexo masculino y en las mujeres se manifestó más la ausencia de depresión (14.3%) y la depresión moderada (14.3%) respectivamente.
- El índice global mostro que en ausencia de depresión los pacientes con apoyo social adecuado presentaron en un 34% ausencia de depresión, sin embargo 26% presentaron depresión grave por lo que observamos que el tener un apropiado apoyo social está relacionado solo discretamente con la ausencia de depresión.

- Los pacientes con apoyo social escaso 22% tuvieron ausencia de depresión y 33% presentaron depresión grave.
- Los pacientes con Falta de apoyo emocional el 100% presento una depresión grave.
- La depresión está presente en el 71% de los pacientes independientemente si tienen o no apoyo social.

XII.- RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

- Se sugiere investigar en todos los pacientes con diagnóstico de DM2 si tienen factores de riesgo para síndrome depresivo o inclusive si manifiestan algún síntoma.
- Identificar al paciente con diagnóstico de depresión se enviara a los servicios de psicología y psiquiatría de la consulta externa, según se requieran y posteriormente enviarlo nuevamente al consultorio de medicina familiar del hospital Centro México Lic. Adolfo López Mateos para continuar su seguimiento.
- Abordar el tema en la consulta médica familiar de Apoyo social y lo importante que es para el buen apego al tratamiento.
- Orientar a los cuidadores primarios para que adopten un compromiso para que su apoyo tenga calidad.
- Ya que nuestra población principal del estudio son pacientes jóvenes con diagnóstico de DM2, se sugiere realizar una por mes un día de la salud en donde pueda acudir población abierta pero que sea dirigido hacia los jóvenes en donde se tomen glucosa capilar presión arterial, peso y talla, consulta con la nutrióloga para evitar o aplazar las enfermedades crónico degenerativas.
- Al tener medidas preventivas, información y orientación al paciente tendremos un adecuado apego al tratamiento, disminuirémos los ingresos, los días hospitalarios, etc.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Lerman-Garber,C Aguilar-Salinas,T Tusié-Luna.Diabetes tipo 2 de inicio temprano. Experiencia en una institución de tercer nivel de atención médica Gac Méd Méx Vol. 146 No. 3, 2010
- 2.-G. Peralta Pérez. Avances de Diabetología Revista Oficial de la revista española de diabetes. Volumen 23 • número 2 marzo-abril 2007 págs. 105 108
- 3.- García Sancho F, Cobo Abreu C. Medicina Interna de México Volumen 26, núm. 2, marzo-abril 2010
- 4.-Colunga-Rodríguez C; Javier E. García de Alba; Mario Ángel-González J. Salazar-Estrada. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria Rev. Cubana Salud Pública v.34 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008
- 5.- Cobo Abreu. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades Med. Int. Mex. 2010;26(2):100-108
- 6.- Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: CIE-10. 2010
- 7.- Shapiro T, Hertzio-M. Desarrollo normal del niño y el adolescente. In: Hales R, Yudofsky S, Talbott J, editors. Tratado de psiquiatría DSM-IV. Madrid: Masson S.A.; 2001. p. 11-146.
- 8- (BIS) Colunga-Rodríguez, García de Alba Salazar-Estrada. Ángel-González Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005 REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 10 (1), Febrero 2008.
- 9.-Pineda N. Niveles de depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal 2004
- 10.- Heredia Juan Pablo. Pinto B Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico Universidad Católica Boliviana “San Pablo” A JAYU, 2008, Vol. VI, N°3 p. 24-53

- 11.- Hoy I M, Valenzuela A, Marín P Preliminary report on the effectiveness of the 5-item version of the Geriatric Depression Scale for depression screening in a Chilean community-dwelling elderly population Trinidad L. Rev. Méd. Chile v.128 n.11 Santiago nov. 2000 pág. 15-21
- 12.- Heredia JP. Pinto B Universidad Católica Boliviana “San Pablo” Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico a JAYU, 2008, Vol. VI, N° 1
- 13.-G. P Pérez. Revista Oficial de la revista española de diabetes. Volumen 23 número 1 marzo-abril 2008 págs. 106 110
- 14.- Colunga-Rodríguez, García de Alba Salazar-Estrada. Ángel-González Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005 REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 10 (1), Febrero 2008.pág. 20-28
- 15.- Arredondo Montes de Oca A., Márquez Cardoso E., Moreno Aguilera F., Bazán Castro Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2 M. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 11, Núm. 3 (septiembre – diciembre 3006) pág. 41-49
- 16.-G. Peralta Pérez Depresión y diabetes Psicóloga Clínica. Seminario de Diabetes Av Diabetol. 2007; 23(2): 105-108
- 17.- García Sancho F. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades Med Int Mex 2010;26 (2):100-108
- 18.- Aguado Gómez A .Almoguera Cabrera. Anibarro Pérez S Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. grupo de trabajo. Consejería de Sanidad Dirección General de Salud Pública y Participación diseño, maquetación e impresión IMP 2008. Pág 17-21
- 19.- Goday Arnoa A, Franch Nadalb J Mata Casesc M. Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2. La Mina. Institut Català de la Salut. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. España. Med Clin (Barc) 2004;123 (5):187-97 187
- 21.-MG García. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Medicina Interna México 2010;26(2):100-108
- 22.- Instituto Mexicano del seguro Social, Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, 2013; 7-174

23.- Matud P, Carballera M López M et al. Apoyo Social y salud: Un análisis de género. Salud mental Abril año/vol. 25, numero 02. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Distrito Federal México pp 32-37.

24.- Rodríguez Espinola Solange y Enrique, Héctor y Carmelo Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido Psicodebate Psicología Debate y Sociedad 2008. Pág. 34-38

25.- Díaz-Rodríguez,G. Reyes-Morales H, López-Caudana A. Caraveo-Anduaga J et al. Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria. Rev. invest. clín. v.58 n.5 México sep./oct. 2006.

26.- Sevincok L, Gurney E, Uslu A, Baklaci F: Depresión de una muestra de pacientes turcos con Diabetes Tipo 2. Eur Psychiatry Ed. Esp. 2011; 8:401-403.

XIV. ANEXOS

ANEXO I
CENTRO MEDICO “LIC.ADOLFO LOPEZ MATEOS” SUBDIRECCION DE INVESTIGACION
MEDICINA FAMILIAR

“CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Por este medio me encuentro informado(a) y se me invita a participar en el proyecto de investigación que lleva por nombre:

“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME DEPRESIVO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR”. El objetivo de este estudio es identificar la percepción del apoyo social y el grado de depresión que presentan los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en la consulta externa de Medicina Familiar del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos y está a cargo de la Dra. Sandra Liliana Palacio Azpeitia médico residente de la especialidad de medicina familiar en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos.

Explicándoseme en que consiste dicho estudio y los beneficios de participar en el mismo, también se me informa que de no aceptar no se verá afectada mi la atención y tratamiento como paciente, además de que si en algún momento desisto de participar en dicho estudio podré retirar mi consentimiento sin ningún problema o represalia.

Con toda libertad y sin ningún tipo de presión, acepto y otorgo mi consentimiento para que se me realicen encuestas, que se encuentran descritos en este estudio.

Si al término de contestar los cuestionarios se me identifica que debo acudir con alguna otra especialidad para mi atención integral, se me brindará el todo el apoyo necesario para evitar complicaciones futuras o continuar en la especialidad de medicina familiar.

Bajo las normas ético legales basadas en la discreción y confidencialidad tengo en consideración que dicha información será utilizada exclusivamente para fines de este estudio y que autorizo a el investigador, el uso de estos datos.

Manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida para este estudio y entiendo el objetivo de la investigación.

En tales condiciones y resueltas todas mis dudas **otorgo mi consentimiento para participar en el estudio sabiendo de antemano que en caso de duda o aclaración puedo comunicarme con el encargado de esta investigación: Dra. Sandra Liliana Palacio Azpeitia, médico residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma y Nombre de testigo 1 _____

Firma y Nombre del testigo 2 _____

Nombre y firma del investigador principal: _____

**CENTRO MEDICO "LIC.ADOLFO LOPEZ MATEOS" SUBDIRECCION DE INVESTIGACIÓN
MEDICINA FAMILIAR**

ANEXO II CEDULA DE IDENTIFICACION

I.-INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas siendo lo más sincero posible de acuerdo a lo que se le pregunte

- 1.-Sexo: Masculino (___) Femenino (___) 2.- Edad (___)
3.-Escolaridad _____ 4.-Usted, ¿A que se dedica? _____
5.-Estado Civil _____
6.-Desde cuando usted tiene Diabetes Mellitus? _____

"CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS"

II.-En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por usted o le proporcionan. Elija con una X para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios recuerde que no hay respuesta buena o mala es simplemente usted como se siente de acuerdo a lo que se le pregunte:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto usted y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Número de amigos íntimos y familiares cercanos:

(0) (1) (2) (3) (4) (5) () Mas de 6

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (RECUERDE COLOCAR UNA X EN EL PARENTESIS)

2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

6. Alguien que le muestre amor y afecto

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

7. Alguien con quien pasar un buen rato

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

10. Alguien que le abrace

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

11. Alguien con quien pueda relajarse

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

12. Alguien que le prepare a comida si no puede hacerlo

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

13. Alguien cuyo consejo realmente desee

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

18. Alguien con quien divertirse

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

19. Alguien que comprenda sus problemas

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido

Siempre () Nunca () Pocas veces () Algunas veces () La mayoría de veces ()

ANEXO III CENTRO MEDICO “LIC.ADOLFO LOPEZ MATEOS” SUBDIRECCION DE INVESTIGACION MEDICINA FAMILIAR

“ESCALA CLINIMÉTRICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE GRADO DE DEPRESIÓN”

INSTRUCCIONES: A continuación se muestra un cuestionario con 15 apartados. En cada pregunta ha de elegir **UNA** sola respuesta marcando con una “**X**”. Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE MAS DE DOS SEMANAS, CASI TODOS LOS DÍAS Usted:

| | |
|--|---------------|
| 1. ¿Se ha sentido triste, desanimado o desganado? | (SI) (NO) |
| 2. ¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como el trabajo o sus pasatiempos. | (SI) (NO) |
| 3. ¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo? | (SI) (NO) |

• Si dos de las tres preguntas anteriores son positivas, pase a las preguntas 4 a la 13 (las que están de color gris)

• Si en las tres preguntas anteriores solamente hay una respuesta positiva o ninguna, no continuar con la entrevista.

ENUNCIADO GENERAL PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE MAS DE DOS SEMANAS O CASI TODOS LOS DÍAS **USTED:**

| | |
|--|------------------|
| 4. ¿Ha tenido menos ganas de comer o más ganas de comer que lo habitual? | (SI) (NO) |
| 5. ¿Ha perdido peso, por lo menos un kilo por semana o más sin utilizar dieta alguna o ha aumentado más de un kilo por semana? | (SI) (NO) |
| 6. ¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? | (SI) (NO) |
| 6a. ¿Ha presentado dificultad para poder permanecer dormido? | (SI) (NO) |
| 6b. ¿Se ha despertado más temprano de lo habitual? | (SI) (NO) |
| 7. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo, a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada? | (SI) (NO) |
| 8. ¿Se ha sentido inferior a otras personas? | (SI) (NO) |
| 9. ¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o por todo lo que pasa a su alrededor? | (SI) (NO) |
| 10. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse en cosas como leer o ver televisión? | (SI) (NO) |
| 11. ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones sobre las cosas que antes no le costaban trabajo? | (SI) (NO) |
| 12. ¿Ha pensado usted en querer matarse? | (SI) (NO) |
| 13. ¿Ha notado que se encuentre intranquilo o inquieto? | (SI) (NO) |
| 13a. ¿Ha notado usted que habla o se mueve más lento? | (SI) (NO) |