

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "SAN FERNANDO"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE APOYO SOCIAL Y  
DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS:  
UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE

**PSIQUIATRÍA**

**P R E S E N T A**

**DR. IRWIN BERNARDO GIL PALAFOX**

**MÉDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA**



**ASESOR TEÓRICO:  
DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN**



**ASESOR METODOLÓGICO:  
DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO**

MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

... a la Dirección General de Bibliotecas de la  
... a Bibliotecas en forma electrónica e impreso en  
... de mi trabajo recepcional

MADE: Irving Bernardo  
Gil Palacios  
26 de Junio 2003  
P.A. C.A. Fontanilla R

INDICE

I) ANTECEDENTES.

A) MARCO TEÓRICO ..... 4  
B) JUSTIFICACIÓN ..... 14

II) OBJETIVO

- Objetivo general ..... 15
- Objetivos específicos ..... 16

III) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 16

IV) HIPÓTESIS ..... 16

- Hipótesis general ..... 16
- Hipótesis de trabajo ..... 17
- Hipótesis de nulidad ..... 17

V) MATERIAL Y MÉTODOS ..... 17

A) DISEÑO ..... 17

B) UNIVERSO DE TRABAJO ..... 17

- Universo de trabajo ..... 17
- Selección de la muestra ..... 17
- Criterios de inclusión ..... 18
- Criterios de no inclusión ..... 19
- Criterios de eliminación ..... 19

C) VARIABLES E INSTRUMENTOS ..... 19

- Variables dependientes ..... 19
- Variables independientes ..... 19
- Instrumentos ..... 19
- Escala de medición de variables ..... 19

D) PROCEDIMIENTO ..... 21

E) ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	22
F) RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS .....	22
G) CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	23
<u>VI) RESULTADOS.</u>	
A) DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	24
C) ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	38
• Propiedades psicométricas del CRAEC .....	38
• Relación entre niveles de apoyo social y depresión .....	38
<u>VII) DISCUSIÓN.</u>	
• Propiedades psicométricas del CRAEC .....	38
• Relación entre niveles de apoyo social y depresión .....	39
<u>VIII) CONCLUSIONES</u> .....	44
• Las barreras en el autocuidado .....	44
• El soporte social de la familia y amistades .....	44
• Interacción con los proveedores de atención a la salud .....	45
• Los recursos y servicios comunitarios .....	45
<u>IX) ANEXOS</u>	
• Anexo 1 .....	46
• Anexo 2 .....	47
• Anexo 3 .....	48
• Anexo 4 .....	54
• Anexo 5 .....	62
• Anexo 6 .....	66
• Anexo 7 .....	70
• Anexo 8 .....	72
<u>X) BIBLIOGRAFÍA</u> .....	73

## **I. ANTECEDENTES**

### **A) MARCO TEÓRICO**

Una característica propia de las enfermedades crónicas es que su control depende en gran medida de las conductas que realiza el paciente para su propio beneficio, es decir el automanejo de la enfermedad.

Los cambios de estilo de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México. Además de éstos cambios, la mayor esperanza de vida es otro factor importante en dicha modificación.

La diabetes mellitus es un desorden metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de insulina, que afecta además al metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

La importancia de este problema deriva de su frecuencia y de sus complicaciones crónicas, micro y macrovasculares, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la población mundial, además de afectar la calidad de vida de las personas afectadas. (1)

Específicamente, la diabetes mellitus tipo II, ha tenido un incremento alarmante en los últimos años; se calcula que en el año de 1999 existían 16 millones de americanos con éste padecimiento. El aumento desproporcionado de ésta prevalencia está estrechamente relacionado con el sedentarismo y la obesidad; ésta última, padecida desde la niñez, es un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus desde la adolescencia o en adultos jóvenes. (2,3).

Como una estrategia para ahorrar costos y tiempo en cuanto el diagnóstico de las enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes mellitus, ha sido necesaria la unificación de criterios diagnósticos a nivel internacional.

Existen nuevos criterios para el diagnóstico de la diabetes mellitus. Este criterio ha sido modificado por recomendación de la NDDG (Nacional Diabetes Data Group) y por la WHO (World Health Organization). Tres formas de la diabetes son posibles y cada una puede ser confirmada al día subsecuente. Por ejemplo cuando la sintomatología está instalada y se obtiene un resultado de glicemia ocasional (al azar) mayor o igual a 200mg/dl confirmado al día siguiente por 1.- Nivel de glucosa plasmático en ayuno mayor o igual de 126 mg/dl. 2.- Prueba oral de tolerancia a la glucosa con 2 hrs posterior con resultado mayor o igual de 200 mg/dl ó 3.- Sintomatología con una prueba ocasional de glucosa en sangre mayor o igual a 200mg/dl. Todo ello garantiza el diagnóstico.

Para los estudios epidemiológicos, la estimación de la prevalencia e incidencia, puede estar basada en una prueba de glicemia en sangre mayor o igual a 126mg/dl. Esta recomendación esta hecha en el interés de estandarización y diagnóstico oportuno de la enfermedad. (1)

La hipertensión arterial es definida como el registro de la presión sistólica de 140mmHg o mayor y diastólica de 90mmHg o mayor o los que tomen medicamentos antihipertensivos. El objetivo de identificar y tratar la hipertensión es para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular asociada con la morbimortalidad.

En el caso específico de la hipertensión arterial esencial o primaria es un padecimiento crónico de alta prevalencia, que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades en nuestro país por ser también un importante factor de riesgo de enfermedades aterosclerosas.

En México, la prevalencia de hipertensión arterial encontrada en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 24.6% en la población de 20 a 69 años de edad, permite calcular que existen alrededor de 8,000,000 de hipertensos de nuestro país, de los cuales mas del 60% lo desconoce, asi mismo la notificación de los nuevos casos por las instituciones medicas del sector público ha pasado de 71,674 a 263,531 casos durante el periodo de 1983 a 1991. La hipertensión arterial es una patología subregistrada como causa básica de muerte. Sin embargo, la tasa de mortalidad por este padecimiento se ha incrementado de 4.8 a 8.2 por 100,000 habitantes en el periodo de 1980-1992. (4)

Por otro lado, el soporte o apoyo social es definido por la existencia o disponibilidad con la cual un individuo puede contar, en las distintas áreas de relación, por parte de los demás individuos: a nivel emocional (proporcionar afecto, cuidado, amor y confianza), instrumental (ayuda, dinero, trabajo, tiempo, modificación del entorno), informacional (consejos, sugerencias, directrices) y estimación (aceptación, retroalimentación positiva). (5, 6, 7, 8)

Basados en el modelo del "proceso de estrés", propuesto por Pearlin y cols, se plantea que la tensión o estrés crónico durante la vida, es un predictor fundamental para el desarrollo de depresión y ésta, un indicador de aflicción o displacer. Ambos, tanto el displacer, como la depresión, disminuyen el sentido de confianza y autoestima (9). Por lo que se propone en éste estudio al soporte social como modulador en el proceso de estrés crónico y secundariamente de la depresión.

En lo relativo a la importancia de la prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus, es bien conocido que ésta es mucho mayor que en la población general. (10) Los individuos con diabetes mellitus tienen 2.5 más probabilidades de padecer depresión que la población general (11). Más del 25% de los pacientes con diabetes mellitus cumplen con criterios para depresión (12, 13) Se ha encontrado que la prevalencia de la depresión asociada a la diabetes puede ser del 11 al 31%, siendo más frecuente entre las mujeres; dependiendo ésta del universo de trabajo estudiado (medio comunitario o clínico), así como de los instrumentos clinimétricos de evaluación utilizados (14) Otros estudios reportan una prevalencia mayor, alcanzando hasta un 38.6% (15).

Por otro lado, estudios efectuados en México, han encontrado una prevalencia de hasta 47% de depresión mayor o distimia, siendo algo más alta en el género femenino (16)

Además, la depresión en sí misma, puede incrementar el riesgo de complicaciones metabólicas en los pacientes diabéticos con mal control de la glicemia (14).

La relación entre los trastornos psiquiátricos y los problemas en el área social en los pacientes diabéticos ha sido estudiada desde la década de los ochentas (17, 18, 19, 20). Los pacientes diabéticos con mayor conflictiva social tienen niveles significativamente mayores de sintomatología psiquiátrica, como trastornos depresivos, de ansiedad, reacciones de ajuste y trastornos de personalidad (17). Popkin y cols. realizaron una evaluación del seguimiento en 75 pacientes post trasplantados de páncreas y encontró uno o más diagnósticos psiquiátricos en la mitad de ellos y una prevalencia a lo largo de la vida de presentar depresión mayor del 25% (21).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que, dentro de la población de diabéticos, los que presentan complicaciones agudas o crónicas del mismo proceso mórbido, tienen una mayor prevalencia de depresión que los que no tienen complicaciones, esto principalmente en pacientes con diabetes mellitus tipo II. (22). A su vez, la calidad de vida se ve francamente afectada por los trastornos en el área psiquiátrica y sus respectivas complicaciones (23, 24).

Existen varias explicaciones acerca de la relación tan estrecha que hay entre la diabetes mellitus y la depresión, centrándose básicamente en dos constructos hipotéticos. Por un lado, que ésta última, es el resultado de factores bioquímicos complejos que involucran vías de neurotransmisores; mientras que por el otro, que la alteración del estado afectivo es producto de las demandas psicosociales impuestas por la diabetes. Se piensa que posibles mecanismos, incluyendo cambios en los efectos de niveles de catecolaminas y concentraciones de serotonina, tienen efecto sobre la regulación de la glucosa. Esto ha sido apoyado por estudios en pacientes con diabetes mellitus que cursan además con

depresión los cuales, si son sometidos a tratamiento farmacológico antidepresivo o mediante terapia cognitivo conductual o la combinación de ambos, se obtiene buenos resultados en el control de la glicemia. Se encontró que ésto es de vital importancia, ya que, aunque no se conoce con exactitud la etiología de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus, sí se sabe que la estabilización del cuadro afectivo es benéfico para llegar a un buen control de la glucemia y llevar una mejor adherencia del tratamiento propio de la diabetes ( 24, 25, 26). En conclusión ambas, tanto la postura biológica, como la psicosocial, están implicados y actúan en interdependencia en ésta asociación.

Por otra parte, el concepto de que las redes de apoyo social, en sus distintos niveles, tiene algún impacto sobre las enfermedades mentales en la población general, no es nuevo. En la década de los setentas Miller y cols. destacan la susceptibilidad de las mujeres a presentar ansiedad, depresión y síntomas somáticos diversos en relación inversamente proporcional con la disponibilidad de un confidente o amigo con quien pudiesen contar ( 27). El estado civil, como por ejemplo, el encontrarse separado o divorciado, así como las experiencias o eventos negativos durante la vida, promueven tasas más altas de padecimientos psiquiátricos, como serían depresión y ansiedad ( 28, 29 30 31 ).

Cada vez hay más estudios que examinan el efecto de los factores psicosociales en el curso de las enfermedades en general. El concepto de "apoyo social" o "soporte social" ha sido el foco de atención desde los setentas. En 1976 Cassel y Cobb sugieren que existe una relación entre el soporte social y la mortalidad (32, 33). En 1979 Berkman y Syme fueron los primeros en mostrar esta relación en un estudio prospectivo. El soporte social puede afectar el curso de la enfermedad en numerosas formas: afectando la incidencia, la severidad, la progresión y la recuperación de ésta ( 34).

El enfoque de red social enfatiza las características estructurales, por ejemplo, el estado civil, el número de amistades o parientes con quien se tiene contacto y la frecuencia del mismo ( 34, 35 ). La sola disponibilidad de la red social dentro del contexto del individuo no es suficiente para proveer apoyo; de hecho, la naturaleza de la respuesta de la fuente potencial de soporte probablemente sea más importante que la disponibilidad de la misma ( 5, 36 ). Además, la naturaleza y severidad de la enfermedad determinan el grado de soporte social requerido, el soporte social obtenido y la percepción del paciente del mismo ( 34).

Lo anterior hace ver la compleja interacción que envuelve factores de salud, relaciones humanas y soporte social. Con respecto a esto, Schulz y Rau establecen la necesidad de un soporte y la probabilidad de recibir tipos específicos de apoyo en relación con la situación temporal del individuo en el curso de su vida; por lo mismo es importante examinar los efectos del apoyo o soporte social en el curso de las enfermedades en distintos grupos de edad ( 37).



Las enfermedades pueden ser divididas, según su curso, en aquellas que tienen un inicio agudo o gradual, progresivo y constante, o episódico. Para las de inicio agudo, como sería el caso de el infarto agudo al miocardio, los reajustes se dan en un corto periodo de tiempo, requiriendo una movilización rápida del ambiente social. En las que son progresivas, como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, el soporte continuo tendrá que ser necesario y los cambios del contexto social serán en forma implícita. Además, la extensión de las enfermedades crónicas tiene una probabilidad alta de causar la muerte, y en la medida en acorten el tiempo de vida producirán un fuerte impacto en el contexto psicosocial ( 38 ). Los pacientes con cancer se enfrentan con la enfermedad generalmente asociada con la incertidumbre permanente, el dolor y la muerte; en contraste, se espera que los pacientes cardiopatas o diabéticos, esten más dispuestos en influir en el curso de su padecimiento, adoptando patrones de vida saludables en conjunto con el medio ambiente ( 39 ).

El papel que juegan los factores psicosociales en forma más específica en la diabetes mellitus ha sido motivo de numerosas controversias. Menninger fue uno de los primeros en describir algunos pacientes que desarrollaron glucosuria durante un periodo de estrés emocional, la cual remitió con tratamiento psicoterapéutico ( 40, 41 ). Hinkle y cols. siguió estrechamente a un grupo de pacientes diabéticos tipo I y II y encontró una estrecha asociación entre estresores psicosociales y el inicio, así como el curso del padecimiento ( 40, 42, 43 ). Otros estudios tempranos han evidenciado en forma más específica la relación existente entre los eventos estresantes de la vida y el inicio y progresión de la diabetes, particularmente las pérdidas y las alteraciones en la dinámica familiar ( 44, 45, 46 ). Más tarde se corroboró el desarrollo de diabetes no insulino dependiente en inmigrantes, incluyendo factores como el shock cultural y el distanciamiento familiar ( 47 ). Estudios más recientes han utilizado medidas con mayor sensibilidad a través de la hemoglobina glucosilada, corroborando las observaciones anteriores ( 15, 48, 49 ). Asimismo, se han considerando aspectos más específicos, como son las relaciones interpersonales conflictivas, tanto a nivel familiar como marital y el mal control de la enfermedad ( 50 ). En contraparte, se propone al soporte social como un modulador positivo en el control metabólico de éstos individuos ( 51 ); ya sea en forma indirecta, a través de el mejoramiento de la calidad de vida del paciente ( 24 ), o mediante el apego a los regímenes de tratamiento establecidos ( 24, 52, 53 ). Además, habría que considerar otros factores asociados, como son la edad de los pacientes, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, tipo de tratamiento, tiempo de evolución del padecimiento, así como otras enfermedades asociadas ( 54 ).

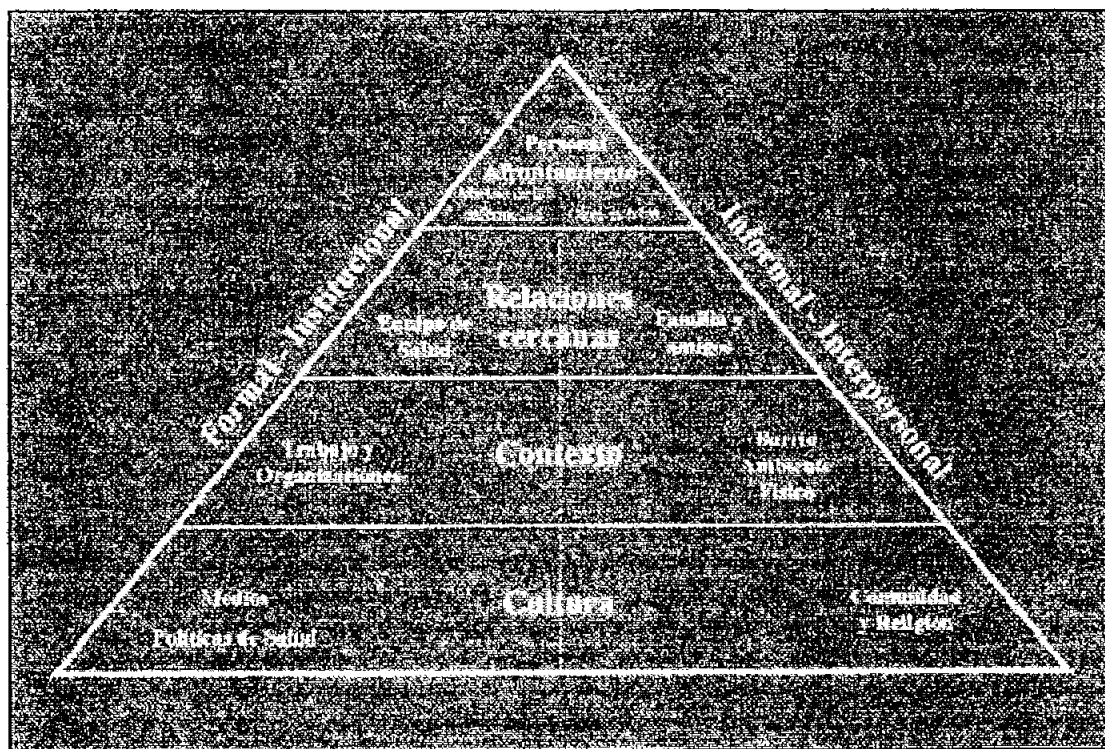
Si analizamos al proceso mórbido como un continuo, de la misma manera los elementos que conforman al soporte social pueden influir, desde luego, en la sintomatología psiquiátrica como depresión o ansiedad, en los individuos que presentan diabetes, y esta asociación ha sido corroborada en varios estudios desde la década de los ochenta ( 17, 18, 19, 20 ). Algunas observaciones ponen de relieve su importancia, éstas concluyen que no es un factor determinante para la depresión ( 55 ); sin embargo, los niveles del apoyo pueden influir en la cantidad de

síntomas depresivos de manera inversamente proporcional ( 56 ). En otros casos los pacientes con diabetes mellitus tipo II se ven claramente influidos en la depresión, a través de estresores psicosociales específicos como sería la problemática económica y la familiar ( 12 ).

Por otro lado, una característica propia de las enfermedades crónicas es que su control depende en gran medida de las conductas que realiza el paciente para su propio beneficio, es decir el automanejo de la enfermedad.

El automanejo de la enfermedad crónica requiere importantes modificaciones en el estilo de vida de los pacientes, por ejemplo, modificaciones en la dieta, nivel de actividad física, automonitoreo de variables fisiológicas, utilización de servicios médicos, etc. Todas estas conductas tienen lugar en un medio ambiente determinado por diversos elementos, entre los que destacan la familia, el sistema de atención médica, el barrio o colonia, la sociedad, los medios de comunicación , el contexto cultural e ideológico, etc ( 57 ).

La perspectiva social-ecológica del automanejo de las enfermedades crónicas ha sido desarrollada por Russell Glasgow y colaboradores. Se conoce que las medidas que tiendan a favorecer el automanejo de una manera sostenida y efectiva tienen que considerar el ambiente social del paciente. El modelo piramidal que se presenta en la figura 1 incluye niveles formales de influencia como los sistemas de salud, los lugares de trabajo, las políticas de salud; así como niveles más informales pero igualmente importantes. Estos últimos, representados en el lado derecho de la pirámide incluyen interacciones con los amigos y familiares; y el apoyo y las barreras presentes para un buen automanejo en la colonia y comunidad (por ejemplo, disponibilidad de áreas para realizar ejercicio, proximidad de tiendas que ofrezcan alimentos saludables a costos bajos, etc) (57). [Figura 1]



**FIGURA 1. . *Importancia de los recursos de apoyo en la enfermedad crónica según Russell Glasgow.***

Como el modo de reaccionar del hombre ante la enfermedad es, en gran parte, una consecuencia de las interacciones sociales, con la aparición de este fenómeno adquieren singular importancia las variables de personalidad, junto con las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos sociales a los que el enfermo pueda acceder. No hay que olvidar factores como el género, la edad, la clase social, la madurez emocional, la autoestima y las creencias religiosas o filosóficas. Se ha comprobado en algunos estudios que, ni las ayudas externas, ni internas, pueden detener los efectos negativos que producen los estresores fisiológicos, en el ajuste a la enfermedad; por lo que en el tratamiento es fundamental el control personal y las buenas relaciones interpersonales (58).

Meissner fue uno de los primeros en considerar que la enfermedad en el ser humano, además del componente patológico, cuenta con uno ecológico, constituyendo la familia dentro del contexto social, el más significativo y duradero (59, 60).

En el caso de una enfermedad crónica, la función de apoyo por parte de la familia, adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como

emocional, y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio y adopten nuevas normas y a veces nuevos roles. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica, sobre todo en la relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como son las complicaciones de las enfermedades crónicas (61). Estas reacciones dependerán de varios factores como son el tipo de familia, la cultura y educación de cada miembro, el nivel de desarrollo familiar, así como las actitudes propias del enfermo frente al dolor, la invalidez, regímenes terapéuticos, complicaciones y la búsqueda de ayuda para tratar de solucionar sus necesidades (59).

La aparición de las complicaciones en las enfermedades crónicas por lo regular se presenta con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo familiar. En esta fase de contracción, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación de pareja. El convertir a la familia en ésta fase, en una auténtica unidad de cuidados, será lo que facilitará el correcto control integral de la enfermedad crónica (62).

En otro contexto, el evaluar variables tales como el "rango de emoción", "calidad de vida", "responsabilidad médica" o apoyo social depende tanto de sus definiciones operacionales como de la forma en que son medidas.

La clinimetría psiquiátrica, ha posibilitado el endurecimiento de datos aparentemente subjetivos, tales como la percepción de ayuda o de la misma percepción de la enfermedad, a fin de lograr una medida estandarizada, que permita evaluar en forma cualitativa variables subjetivas presentes en la enfermedad y que matizan la calidad de vida del paciente.

El apoyo social toma en cuenta tanto el número de personas con las que un individuo tiene contacto durante un período fijo de tiempo, como por la actitud de los cuidadores, otros autores postulan la ayuda recíproca como crucial en la relación interpersonal.

Como el apoyo social no es algo que pueda ser observado o medido directamente, varias escalas han sido desarrolladas para valorar a éste, reflejando así las distintas teorías que se encuentran detrás de los mismos; además, cada instrumento produce diferente resultado.

Las características funcionales del apoyo social pueden ser cuantificables en base a preguntas individuales que informen sobre: el tipo de soporte, la cantidad de los elementos y el soporte emocional recibido, así como la percepción individual del apoyo ( 63, 64 ).

Una de las formas para registrar éste contexto, es usando instrumentos de medición para la calidad de vida, reflejando así los recursos de apoyo en la enfermedad crónica. Algunos ejemplos de estos instrumentos son la escala de valoración de síntomas Edmonton ( 65 ), la escala de resultado en la atención paleativa; todas ellas desarrolladas para la atención en éste nivel, siendo instrumentos confiables y validados que son requeridos en la práctica clínica rutinaria ( 66 ).

El beneficio potencial para los pacientes de usar estas mediciones en la práctica clínica es que su problemática es identificada y manejada junto con las decisiones del tratamiento y éstas basadas en sus prioridades y preferencias. Las evidencias de éstos son escasas porque los instrumentos son raramente usados en la praxis médica ( 67 ). El incremento del interés en desarrollar medidas individualizadas que reflejen la percepción en la calidad de vida es exclusivo para los individuos y no puede ser valorada adecuadamente usando mediciones estandarizadas que pregunten a cada paciente las mismas cuestiones y que requieran de respuestas seleccionadas de algo predeterminado y preparado ( 68 ).

Otro punto importante, como ya se había mencionado antes, es lo relativo a las conductas del paciente en el automanejo de su enfermedad. Para éste fin se han diseñado algunos instrumentos en la investigación de las barreras de adherencia al tratamiento. Jenny en 1986, usando una escala desarrollada para éste efecto, reportó gran número de barreras en la dieta y el ejercicio, y pocas en la toma de medicamentos ( 69 ). Hess en el mismo año desarrolló una escala y valoró las barreras en la adherencia comparando las medidas dietéticas, con los niveles de hemoglobina glucosilada ( 70 ). En un estudio similar, Davis y cols. encontraron que la escala del Perfil del Cuidado en la Diabetes se correlacionó positivamente con el porcentaje del peso ideal para los pacientes diabéticos no insulino dependientes ( 71 ). Connell, usando la misma escala, encontró que la medida de las barreras en el autocuidado de pacientes no insulino dependientes se relacionaban con el régimen de adherencia y con influencia de otros factores psicosociales ( 72 ). Glasgow y cols. diseñaron el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en la Diabetes, que mide el régimen de actividades a lo largo de 7 días abarcando los siguientes niveles o subescalas: la cantidad en la dieta, el tipo de dieta, el ejercicio y la glicemia, con niveles de confiabilidad y validez aceptables ( 73 ). Asimismo, el Cuestionario de Soporte Social (Social Support Questionnaire, SSQ) modificado por Schlenk y cols. de su versión original para ser aplicado en población de pacientes diabéticos, contiene 15 reactivos que valoran en forma general la dieta, el ejercicio, complicaciones agudas del padecimiento y control de glicemia capilar en el hogar, con una confiabilidad muy satisfactoria (alfa=0.91) ( 74 ).

Por otro lado, otro aspecto relevante se da a nivel de la atención médica; en este rubro habría que destacar la calidad de la atención, existiendo ciertos indicadores que difieren según la percepción del médico general y del paciente; sin embargo, en los indicadores que coinciden con la calidad de la atención es en la relación médico paciente, así como en la información y soporte de dicha relación (75).

Existen muy pocos instrumentos que evalúan en forma específica el soporte social, o lo hacen en forma indirecta a través otros parámetros. El Inventario de Comportamiento del Soporte Social (Support Behaviors Inventory, SBI), se dirige a la evaluación de las siguientes áreas: opinión de los demás, estima, información e instrumental; con un alto coeficiente de confiabilidad (0.89) (76).

La **Escala de Funcionamiento Social (EFS)** fue diseñada y validada por M. Valencia y colaboradores en 1988, incluyéndose para tal efecto a 320 pacientes de un centro de salud y obteniéndose un alta grado de confiabilidad y validez de la misma (77). El funcionamiento social se valora a través de una entrevista, en la cual el paciente reporta el grado de satisfacción en relación a su desempeño de roles en las áreas ocupacional, social, económica, sexual y familiar.

El **Cuestionario de Apoyo Social (CAS)** fue elaborado y validado por I.G. Sarason y colaboradores en 1983 (5). Es un instrumento útil que mide el soporte social basado en dos elementos del mismo: a) la percepción del individuo sobre el número de personas con las que puede contar en alguna situación determinada y b) el grado de satisfacción con el apoyo disponible. Estas corresponden a las dos modalidades evaluadas respectivamente en el cuestionario, el cual comprende 27 reactivos en total. El número de personas (N), puede variar desde ninguna (0), hasta 9 personas en cada reactivo; y el grado de satisfacción (S) se puede ubicar en 6 distintos rangos, desde muy insatisfecho (1), pasando por poco insatisfecho (3), hasta muy satisfecho (6) (Anexo 6).

El **Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC)** fue diseñado por R. Glasgow y colaboradores en 1997, validado por los mismos autores, en el Instituto de Investigación de Oregon (78). Este incluye aspectos de la variedad de los distintos recursos que el paciente podría emplear en el manejo de su enfermedad, abarcando la experiencia que ha tenido sobre los últimos 3 meses desde un enfoque multimimensional. El cuestionario consta de 64 ítems, basados en el modelo social ecológico, distribuidos en 8 áreas o niveles de soporte en el ambiente psicosocial: El médico y el equipo de atención a la salud, la familia y los amigos, el nivel personal, la colonia o vecindario, la comunidad, los medios de comunicación y los seguros, las organizaciones o asociaciones comunitarias y el nivel laboral. En cada área, de 6 a 10 preguntas exploran la cantidad de soporte recibido de éstos recursos. Cada ítem consta de 5 grados según la apreciación del paciente que van del 1 cuando se apariencia en el ítem

Por otro lado, otro aspecto relevante se da a nivel de la atención médica; en este rubro habría que destacar la calidad de la atención, existiendo ciertos indicadores que difieren según la percepción del médico general y del paciente; sin embargo, en los indicadores que coinciden con la calidad de la atención es en la relación médico paciente, así como en la información y soporte de dicha relación ( 75 ).

Existen muy pocos instrumentos que evalúan en forma específica el soporte social, o lo hacen en forma indirecta a través otros parámetros. El Inventario de Comportamiento del Soporte Social (Support Behaviors Inventory, SBI), se dirige a la evaluación de las siguientes áreas: opinión de los demás, estima, información e instrumental; con un alto coeficiente de confiabilidad (0.89) ( 76 ).

**La Escala de Funcionamiento Social (EFS)** fue diseñada y validada por M. Valencia y colaboradores en 1988, incluyéndose para tal efecto a 320 pacientes de un centro de salud y obteniéndose un alto grado de confiabilidad y validez de la misma ( 77 ). El funcionamiento social se valora a través de una entrevista, en la cual el paciente reporta el grado de satisfacción en relación a su desempeño de roles en las áreas ocupacional, social, económica, sexual y familiar.

**El Cuestionario de Apoyo Social (CAS)** fue elaborado y validado por I.G. Sarason y colaboradores en 1983 ( 5 ). Es un instrumento útil que mide el soporte social basado en dos elementos del mismo: a) la percepción del individuo sobre el número de personas con las que puede contar en alguna situación determinada y b) el grado de satisfacción con el apoyo disponible. Estas corresponden a las dos modalidades evaluadas respectivamente en el cuestionario, el cual comprende 27 reactivos en total. El número de personas (N), puede variar desde ninguna (0), hasta 9 personas en cada reactivo; y el grado de satisfacción (S) se puede ubicar en 6 distintos rangos, desde muy insatisfecho (1), pasando por poco insatisfecho (3), hasta muy satisfecho (6) ( Anexo 6 ).

**El Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC)** fue diseñado por R. Glasgow y colaboradores en 1997, validado por los mismos autores, en el Instituto de Investigación de Oregon ( 78 ). Este incluye aspectos de la variedad de los distintos recursos que el paciente podría emplear en el manejo de su enfermedad, abarcando la experiencia que ha tenido sobre los últimos 3 meses desde un enfoque multimimensional. El cuestionario consta de 64 ítems, basados en el modelo social ecológico, distribuidos en 8 áreas o niveles de soporte en el ambiente psicosocial: El médico y el equipo de atención a la salud, la familia y los amigos, el nivel personal, la colonia o vecindario, la comunidad, los medios de comunicación y los seguros, las organizaciones o asociaciones comunitarias y el nivel laboral. En cada área, de 6 a 10 preguntas exploran la cantidad de soporte recibido de éstos recursos. Cada ítem consta de 5 grados según la apreciación del paciente que van del 1 cuando se apariencia en el ítem

“no del todo “, pasando por el 3, cuando se aprecia “moderadamente”, hasta el número 5 “ocuparse mucho”. El ítem número 65 está reservado para que el paciente consigne algunos otros recursos que haya utilizado en los últimos 3 meses en la ayuda del manejo de su enfermedad ( Anexo 4).

La **Escala de Depresión de Beck (EDB)** creada por Beck y Steer en 1963, basada en una dimensión cognitivo conductual del espectro depresivo, incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de 4 afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada con relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener.

Los puntos de corte de la escala se utilizan para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión leve; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 63 indican una depresión severa. El tiempo de aplicación varía de 5 a 8 minutos ( 79) ( Anexo 7).

## **B) JUSTIFICACION**

Con base a los resultados de la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles, el 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus, 68.7% de ellos tiene conocimiento de su padecimiento y en el 31.3% fue hallazgo de la encuesta. Existen otras enfermedades de origen metabólico que se asocian con la diabetes mellitus y que probablemente se relacionen con la resistencia a la insulina, tal es el caso de la hipertensión arterial que se presenta en 23.8 % de la población, la obesidad en el 21.5%, la microalbuminuria en 11.7%, la hipercolesterolemia en 8.3%, la enfermedad renal en 3.5% y la gota en 3.2%. Asimismo, las enfermedades crónicas degenerativas constituyen el primer motivo directo o indirecto de consulta y hospitalización en el sistema de atención médica, estando asociadas con las principales causas de muerte en nuestro país. También se encontraron padecimientos ligados al sedentarismo y alimentación inapropiada como parte de los factores que influyen en elevadas prevalencias de enfermedades crónicas. Lo que ha hecho necesario implementar medidas de solución dentro del sector salud para evitar problemas crecientes ( 80).



En la medicina moderna la forma tradicional de evaluar los cambios en el paciente ha sido centrada en parámetros clínicos y de laboratorio, fraccionando al enfermo en aparatos y sistemas. Mientras que esta información es de suma relevancia para el proceso de la enfermedad, especialmente en relación a las enfermedades crónico-degenerativas, es imposible separarla del contexto personal individual y social (66).

Como se puede apreciar, son escasos los instrumentos que miden los niveles de apoyo en la enfermedad médica, y los pocos que existen valoran entidades en grupos de pacientes específicos como los diabéticos, o lo hacen en forma indirecta a través de la calidad de vida.

Por otro lado, la alta prevalencia de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus ( 14, 10, 11, 12, 13, 15 ), así como los aspectos psicosociales indiscutibles sobre los cuales gira éste fenómeno ( 12, 17, 18, 19, 20, 55, 56 ), hace imprescindible una evaluación específica de los aspectos cualitativos y subjetivos circundantes a la enfermedad, tales como la percepción del apoyo ante la misma. Lo anterior nos permitirá comprender el impacto psicosocial de diversas entidades y de acuerdo a ello plantear estrategias para un abordaje holístico.

Por todo lo anterior resulta, el presente protocolo propuesto, ser un estudio novedoso, sin antecedentes en México, factible de ser realizado con los medios que disponemos, y que proporcionará las bases para la construcción de un instrumento útil para estandarizar los criterios en la investigación clínica en ésta área y con él, poder evaluar en forma multidimensional el aspecto psicosocial tan complejo de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Evaluar si existe relación entre las redes de apoyo social en el paciente con diabetes mellitus tipo II y la presencia de depresión en la población antes mencionada.

### **Objetivos específicos:**

1. Traducir al español el Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC)
2. Evaluar la confiabilidad del Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica.
3. Detectar la presencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II.
4. Detectar el grado de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
5. Describir las características de las redes de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo II.
6. Describir las características de los niveles de apoyo social en los pacientes diabéticos en las áreas de: a) Médicos y equipo de salud, b) Familia y amigos, c) Información personal, d) Comunidad, e) La organización de la comunidad, f) Los medios de comunicación y los seguros, g) Organizaciones o asociaciones comunitarias, h) Trabajo o empleo.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1. ¿Cuál es la confiabilidad del Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica?
2. ¿Existe relación entre los niveles de apoyo social y el grado de depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo II?

### **IV. HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis general:**

- El nivel de apoyo social está en relación con el grado de depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo II.

### **Hipótesis de trabajo (H1):**

- El nivel de apoyo social en sus distintas áreas está en relación con el grado de depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo II.

### **Hipótesis de nulidad (Ho):**

- El nivel de apoyo social en sus distintas áreas no está en relación con el grado de depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo II.

## **V. MATERIAL Y METODOS**

### **A) DISEÑO**

- Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional, y transversal ( 81, 82, 83).

### **B) UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA**

- **Universo de trabajo:**

Pacientes adultos con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II ó hipertensión arterial sistémica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS y al servicio de medicina interna del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI.

- **Selección de la muestra:**

Se utilizó un muestreo estratificado proporcional por edad, sexo tiempo de duración de la enfermedad, complicaciones de la enfermedad de base y nivel de atención médica.

El tamaño de la muestra para establecer la confiabilidad del CRAEC se calculó de la siguiente forma: Para un intervalo de confianza de 0.10 (con un alfa de 0.5) y un coeficiente de confiabilidad de 0.70, se requirieron al menos de 130 sujetos, mas 20% de pérdida, dió un total de 156. Finalmente, el estudio incluyó a 132 individuos, de los cuales 73 fueron diabéticos y 59 hipertensos.

Se calculó el tamaño de la muestra para establecer la relación entre los niveles de apoyo social y el grado de depresión en pacientes diabéticos en base a la estimación para proporciones (84), con la siguiente fórmula y dando un total de 70 individuos:

$$n = \frac{N z^2 p q}{d^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Donde: n = tamaño de la muestra.

Zc = Z crítica.

p = prevalencia del fenómeno.

q = complemento del porcentaje.

d = nivel de significación.

N = población.

Finalmente se incluyeron en el estudio 73 pacientes con diabetes mellitus tipo II.

- **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes derechohabientes del IMSS.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Edad comprendida entre 18 y 89 años.
4. Que tengan diagnóstico de diabetes mellitus tipo II o hipertensión arterial sistémica de más de un año de evolución.
5. Que sepan leer y escribir español.
6. Pacientes que no tengan algún trastorno psiquiátrico que interfiera con las funciones mentales superiores y que impida la adecuada resolución del cuestionario como: retraso mental, demencia, trastornos amnésicos, trastornos psicóticos y otros trastornos en el área cognoscitiva.
7. Que den su consentimiento informado para participar en el estudio.

- **Criterios de no inclusión:**

1. Pacientes no derechohabientes del IMSS.
2. Edad menor a 18 años o mayor a 89 años.
3. Que no tengan diagnóstico de diabetes mellitus tipo II o hipertensión arterial sistémica de más de 1 año de evolución.
4. Que no sepan leer y escribir español.
5. Pacientes que tengan algún trastorno psiquiátrico que interfiera con las funciones mentales superiores y que impida la adecuada resolución del cuestionario como: retraso mental, demencia, trastornos amnésicos, trastornos psicóticos y otros trastornos en el área cognoscitiva.
6. Que no den su consentimiento informado para participar en el estudio.

- **Criterios de eliminación:**

1. Pacientes que no acepten participar en la segunda aplicación de los cuestionarios.
2. Pacientes que hallan contestado en forma incompleta o inadecuada los cuestionarios y escalas.

### **C) VARIABLES E INSTRUMENTOS:**

- **Variables dependientes:** (Operacional) Grado de depresión.

- **Variables independientes:** (Operacional) Apoyo social.

- **Instrumentos:**

1. Cuestionario de Apoyo Social (CAS).
2. Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC).
3. Escala de depresión de Beck (EDB).

- **Escala de medición de las variables:**

1. Variable dependiente: Grado de depresión (EDB):

<b>Grado de depresión</b>	<b>Puntuación</b>
Sin depresión	0 – 9
Leve	10 – 16
Moderada	17 – 29
Severa	30 – 63

2. Variables independientes:

- Apoyo social (CAS):

<b>No. De familiares</b>	<b>Puntuación</b>
Ninguno	0
Uno	1
Dos	2
Tres	3
Cuatro	4
Cinco	5
Seis	6
Siete	7
Ocho	8
Nueve	9

<b>Grado de satisfacción</b>	<b>Puntuación</b>
Muy satisfecho	6
Satisfecho	5
Poco satisfecho	4
Poco insatisfecho	3
Insatisfecho	2
Muy Insatisfecho	1

- Recursos de apoyo en la enfermedad crónica (CRAEC):

<b>Recursos de apoyo</b>	<b>Puntuación</b>
Nunca	1
Ocasional	2
Frecuente	3

#### D) PROCEDIMIENTO:

El primer paso para este estudio fué obtener la autorización de los autores originales que elaboraron el Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC). [Anexo 1].

Posteriormente se realizó una traducción al español por un traductor independiente; ésta versión fue traducida nuevamente al inglés por otro traductor independiente y se corrigieron las discrepancias (73).

Después de la traducción del inglés al español y del español al inglés se obtuvo una segunda versión al español, la cual fue sometida a una revisión de redacción por un especialista en el área (85).

Más tarde, la segunda versión en español fué aplicada como prueba piloto y a través de sus resultados fué analizada por un comité de expertos en la materia, emitiendo cada integrante un juicio de acuerdo o desacuerdo de cada ítem del cuestionario con relación a una categoría ordinal (del 1 al 10), del cual se obtuvo un intervalo equidistante a través de la media o promedio de los mismos, conservándose los valores más centrales como representativos de cada ítem, y eliminándose los dispersos. Registrándose finalmente una nueva versión modificada (86) (Anexo 5)

Antes de su aplicación en los pacientes, se obtuvo la autorización del comité de ética y del departamento de enseñanza de los hospitales donde se seleccionó la muestra de individuos.

En segundo término, se recabó el consentimiento informado parte de los pacientes que confirmó su autorización para participar en el estudio (Anexo 2).

La información general de los pacientes con enfermedad crónica (diabetes mellitus o hipertensión arterial) consignada en el expediente clínico, fue recabada en una hoja de captura de datos y posteriormente vaciada en una libreta de registro.

Previa aplicación de los cuestionarios (CRAEC, CAS y EDB) el investigador principal explicó al paciente la forma de llenado de los mismos.

Se les aplicó a todos los pacientes en forma independiente en las aulas de enseñanza y el auditorio principal del hospital, del día lunes a sábado, en turnos matutino y vespertino, el Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC), en dos ocasiones; la segunda, un mes después de la primera aplicación. Únicamente se incluyeron a los 73 pacientes diabéticos en las aplicaciones de la Escala de Depresión de Beck y el Cuestionario de Apoyo Social. Se formó un expediente integrado por los cuestionarios, el consentimiento

del paciente firmado y una ficha de identificación integrada por los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, número de afiliación, lugar de origen y residencia, ocupación, diagnóstico de enfermedad crónica, exámenes de laboratorio y gabinete confirmatorios del padecimiento, medicamentos utilizados, tiempo de evolución del padecimiento, complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad. Se vaciaron los datos obtenidos de las variables y la puntuación de los cuestionarios en una hoja de concentración de datos para su posterior manejo estadístico ( Anexo 3 ).

### **E) ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se procedió en primer término al análisis estadístico de tipo descriptivo, utilizando media y desviación estándar para variables continuas, y frecuencias y porcentajes para variables discretas.

Para la evaluación de la confiabilidad del CRAEC se aplicó el alfa de Cronbach, obteniéndose la consistencia interna de dicho instrumento.

Las hipótesis estadísticas se plantearon en términos matemáticos de la siguiente manera:

- A = Niveles de apoyo social en pacientes sin depresión.
- B = Niveles de apoyo social en pacientes con depresión.

Por lo tanto:  $H_1 = A > B$        $H_0 = A = B$

El tipo de estudio se consideró unilateral, con zona de rechazo a la derecha y un alfa de 0.5.

Para la prueba de hipótesis se utilizó el análisis de tipo inferencial a través de métodos estadísticos no paramétricos, mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

### **F) RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS:**

Para la presente investigación se contó con los investigadores (2 individuos). Se dispuso de áreas físicas como son las aulas de enseñanza y el auditorio principal de las unidades hospitalarias. Los recursos materiales fueron



limitados: computadora, impresora, disketts de 3 ½, fotocopias de ambas escalas (2500); éstos últimos fueron financiados por los investigadores.

#### **G) CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Esta investigación no implicó riesgo alguno para la salud de los pacientes, por lo que no violó ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. A pesar de ser una investigación inocua, de acuerdo a la Ley General de Salud vigente, se requirió el consentimiento verbal y escrito del paciente o su familiar. Además, se contó con la autorización del comité de ética de las unidades participantes.

## VI. RESULTADOS

Se aplicaron 156 Cuestionarios de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC), en dos ocasiones al mismo número de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, con un periodo intermedio entre cada uno de ellas de un mes, del periodo comprendido del 7 de enero al 30 de abril del 2002. Del total, 132 pacientes contestaron en forma adecuada los cuestionarios.

En forma simultanea, se les aplicaron 85 Cuestionarios de Apoyo Social (CAS), así como el mismo número de Escalas de Depresión de Beck, en una sola ocasión, a los pacientes que cumplieron con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. De éstos, 73 concluyeron en forma satisfactoria las escalas y cuestionarios.

### A) DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

De un total de 132 pacientes que finalmente concluyeron el estudio, 73 (el 55%) tuvieron el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y 59 (el 45%) el de hipertensión arterial sistémica.

La distribución por género sexual fue de la siguiente manera: 92 individuos (el 70%), fueron mujeres y 40 (el 30%), varones [Gráfica 1]

De los pacientes diabéticos, 41 de ellos (el 56%) perteneció al género femenino y 32 (el 44%) al masculino. De los pacientes con hipertensión arterial, 51 (el 86%) fueron mujeres y 8 (el 14%) varones.

La distribución por grupos de edad en los pacientes diabéticos resultó en forma algo homogénea, correspondiendo en su mayoría a los pacientes ubicados entre los 56 a 80 años; y en menor proporción a los pacientes entre 26 a 35 años. [Tabla 1, Gráfica 2]. El promedio de edad fue de 60.76 años ( $\pm 11.79$  d. e.), con un rango de 55 años, un valor máximo de edad de 89 y mínimo de 34 años.

Casi la mitad del número de individuos con diagnóstico de hipertensión arterial (el 48%) correspondieron a las edades comprendidas entre los 66 y 80 años; 19 de ellos (32%), se ubicaron entre los 56 y 65 años de edad. El promedio de edad en éste grupo fue de 65 años ( $\pm 9.23$  d. e.), un rango de 40 años, la edad mayor fue de 83 y la menor de 43 años [Tabla 1].

La distribución por estado civil en los pacientes diabéticos fue como sigue a continuación.: Casados fueron 44 (el 61%), viudos 14 (el 19%), solteros 5 (el 7%), en unión libre 4 (el 5%), divorciados 3 (el 4%), separados 3 (el 4%) y madres solteras 0 [Gráfica 3, Tabla 2].

Cerca del 50% de los individuos hipertensos se reportaron como casados, 8 (14%) solteros, 11 (19%) viudos, 5 (8.5%) separados, y el resto (divorciados, en unión libre y madres solteras) se distribuyeron en partes iguales (2%, respectivamente) [Tabla 2].

El nivel de escolaridad se presentó de la siguiente manera en los pacientes con diabetes mellitus: El 37% contaron con la primaria completa, 18 de ellos (el 24%) con la primaria incompleta, 13 (el 18%) con la secundaria, 7 (10%) carrera técnica, 5 (7%) preparatoria o bachillerato y 3 (4%) con el nivel licenciatura [Gráfica 4, Tabla 3].

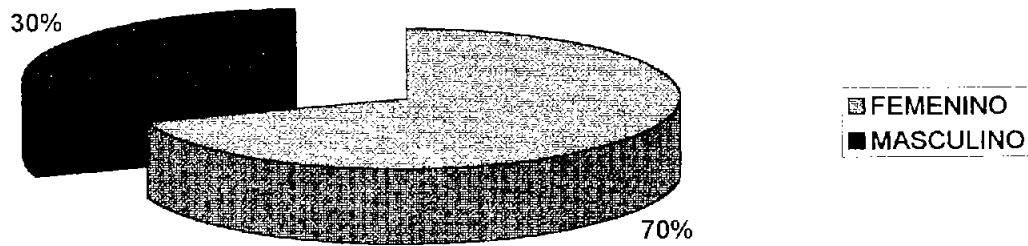
La escolaridad en los sujetos con hipertensión fue algo similar: 23 de ellos (39%) concluyó la primaria, 5 (8%) no la concluyó, 10 (17%) contó con estudios de secundaria y el resto con nivel de carrera técnica (12%) y licenciatura (14%) [Tabla 3].

Con respecto a la religión, 68 pacientes diabéticos (el 93%) correspondieron a la católica, 3 (el 4%) a la cristiana, un paciente fue evangélico y otro perteneciente a otras religiones (el 1.3% respectivamente) [Gráfica 5, Tabla 4].

Los grupos religiosos en los individuos hipertensos tuvieron una distribución porcentual semejante, como era de esperarse: 54 (92%), fueron católicos, 3 (5%) cristianos y el resto testigos de Jehová y de otras religiones [Tabla 4].

El resto de las variables sociodemográficas de nuestra población, como son el lugar de residencia, el tipo de familia a la que pertenece cada individuo así como la ocupación que desempeña, se encuentran ampliamente esquematizadas en la Tabla 5. Es conveniente destacar, que la mayoría de los pacientes (el 88 y 93% de cada grupo, respectivamente), residen en ésta ciudad; en el grupo de pacientes diabéticos, el porcentaje mayor (48%) pertenece a una familia nuclear, mientras que en los hipertensos, el 46% conviven en una familia desintegrada y en menor porcentaje (20%), en una familia nuclear urbana. Con respecto a la ocupación, la mayoría de los pacientes (44 y 58% de cada grupo, respectivamente) se dedicó a las labores propias del hogar, el resto fueron jubilados, técnicos o tuvieron algún oficio eventual.

**GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO SEXUAL DEL UNIVERSO DE TRABAJO**



**TABLA 1.-**

**DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

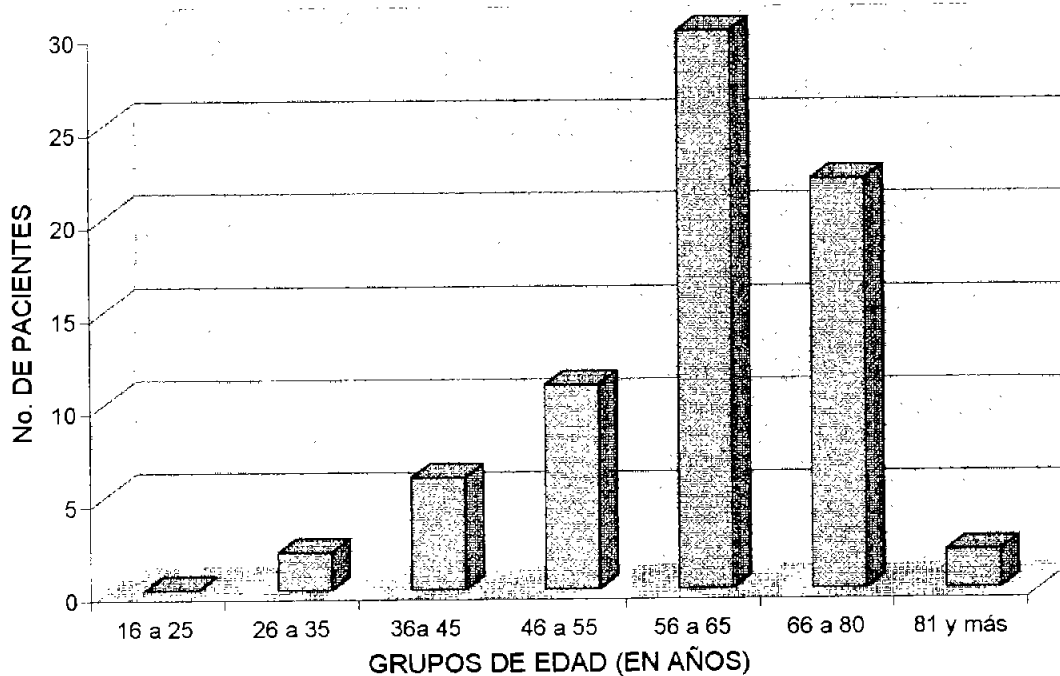
EDADES	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
26 - 35	2	3	0	0
36 - 45	6	8	2	3
46 - 55	11	15	7	12
56 - 65	29	40	19	32
66 - 80	23	31	28	48
81 y más	2	3	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

D. M. = Número de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

H. A. S. = Número de pacientes con hipertensión arterial sistémica.

(%) = Porcentaje de cada grupo.

**GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**



**TABLA 2.-**

**DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

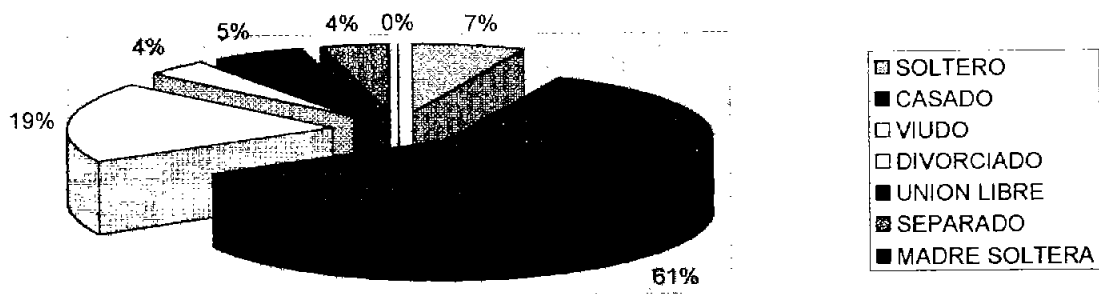
ESTADO CIVIL	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
Soltero	5	7	8	14
Casado	44	61	29	49
Viudo	14	19	11	19
Divorciado	3	4	2	3.3
Unión libre	4	5	2	3.3
Separado	3	4	5	8
Madre Soltera	0	0	2	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

D. M. = Número de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

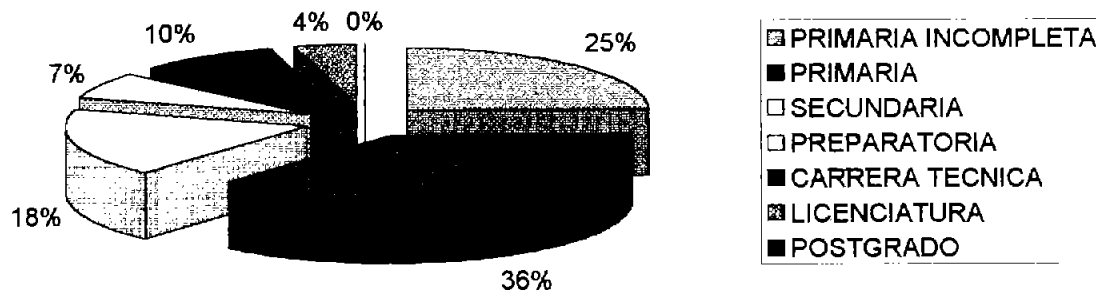
H. A. S. = Número de pacientes con hipertensión arterial sistémica.

(%) = Porcentaje de cada grupo.

GRAFICA 3. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



**GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**



Los niveles promedio de glicemia central, de los pacientes diabéticos, en ayunas en los últimos dos meses fueron de 167.25 mg/dl ( $\pm 66.84$  d. e.), con un rango de 380 mg/dl un valor máximo de 463 y mínimo de 83 mg/dl [Gráfica 6].

El promedio del tiempo de evolución de la diabetes mellitus en los pacientes fue de 8.47 años ( $\pm 7.63$  d. e.); siendo el máximo de 38 años y el mínimo de un año, correspondiendo éste último a la mayoría de los pacientes ( $m=1.00$ ,  $S^2= 58.22$ ) c y un rango de 37 años [Gráfica 7].

**TABLA 3.-**

**NIVEL DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

ESCOLARIDAD	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
Primaria incompleta	18	24	5	8
Primaria	27	37	23	39
Secundaria	13	18	10	17
Preparatoria	5	7	6	10
Licenciatura	3	4	8	14
Carrera Técnica	7	10	7	12
Posgrado	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

D. M. = Número de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

H. A. S. = Número de pacientes con hipertensión arterial sistémica.

(%) = Porcentaje de cada grupo.

**TABLA 4.-**

**DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

RELIGIÓN	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
Ninguna	0	0	0	0
Católica	68	93.2	54	92
Evangélica	1	1.3	0	0
Cristiana	3	4.1	3	5
Testigos de Jehová	0	0	1	1.5
Judíos	0	0	0	0
Otros	1	1.3	1	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

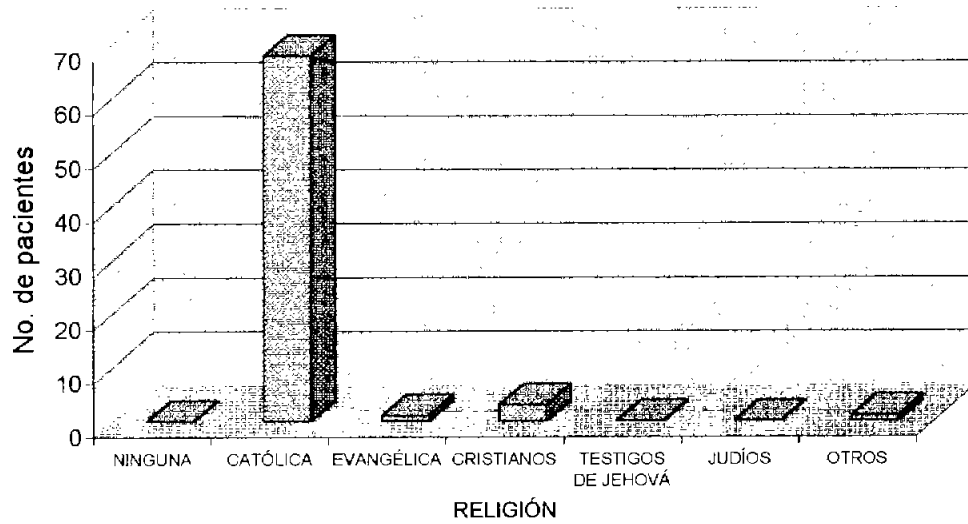
D. M. = Número de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

H. A. S. = Número de pacientes con hipertensión arterial sistémica.

(%) = Porcentaje de cada grupo.



**GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**



**GRÁFICA 6.- PROMEDIO DE GLICEMIA CENTRAL EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

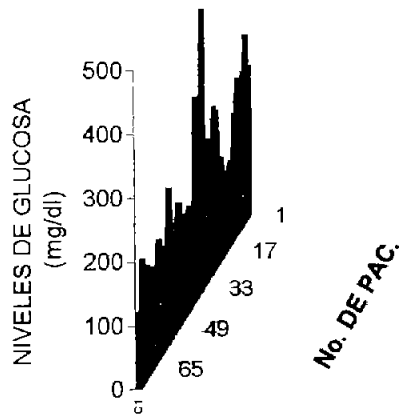


TABLA 5.-

OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN  
PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

LUGAR DE RESIDENCIA	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
D. F.	64	88	55	93
Provincia	9	12	4	7
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

TIPO DE FAMILIA	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
Nuclear	35	48	12	20
Fragmentada	21	29	27	46
Casados insertados en fam. extensa	9	12	6	10
Fragmentada insertada en fam. extensa	3	4	2	3
Vive solo	3	4	11	19
Reconstituida	2	3	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

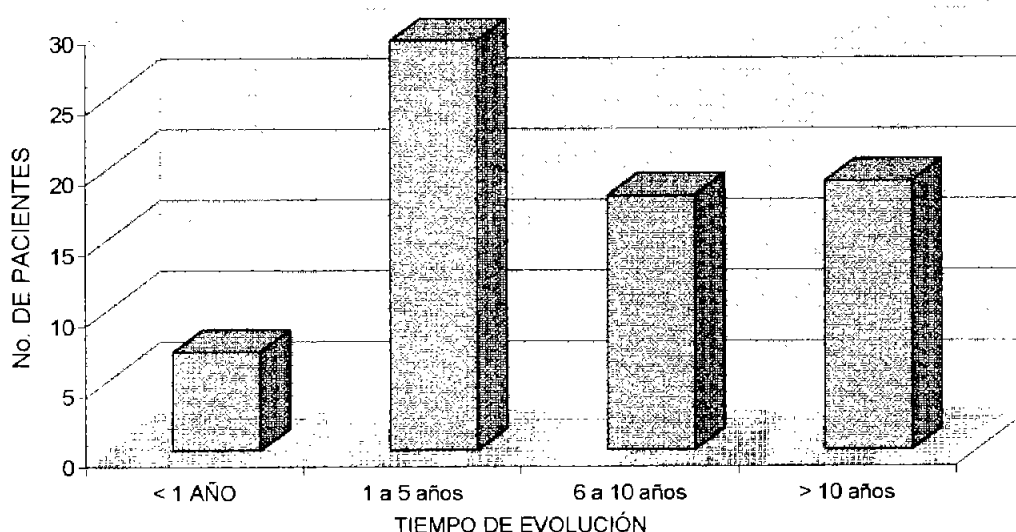
OCUPACIÓN	D. M.	(%)	H. A. S.	(%)
Ama de casa	32	44	34	58
Estudiante	3	4	0	0
Técnico	8	11	3	5
Profesionista	1	1.25	0	0
Jubilado	13	18	13	22
Desempleado	4	5.5	0	0
Oficio eventual	9	12	5	8
Comercio	2	3	3	5
Incapacitado	1	1.25	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

D. M. = Número de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

H. A. S. = Número de pacientes con hipertensión arterial sistémica.

(%) = Porcentaje de cada grupo.

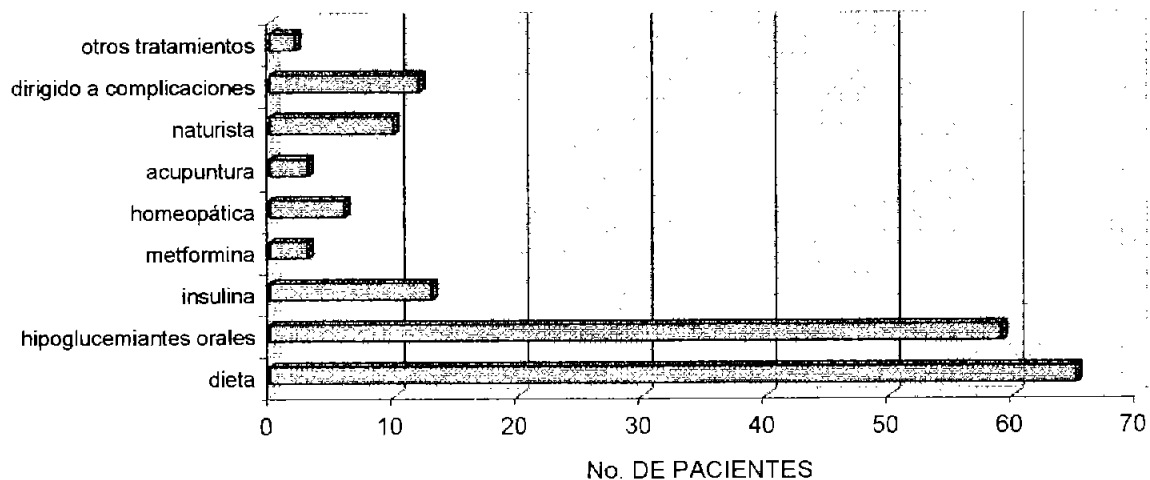
**GRÁFICA 7. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II**



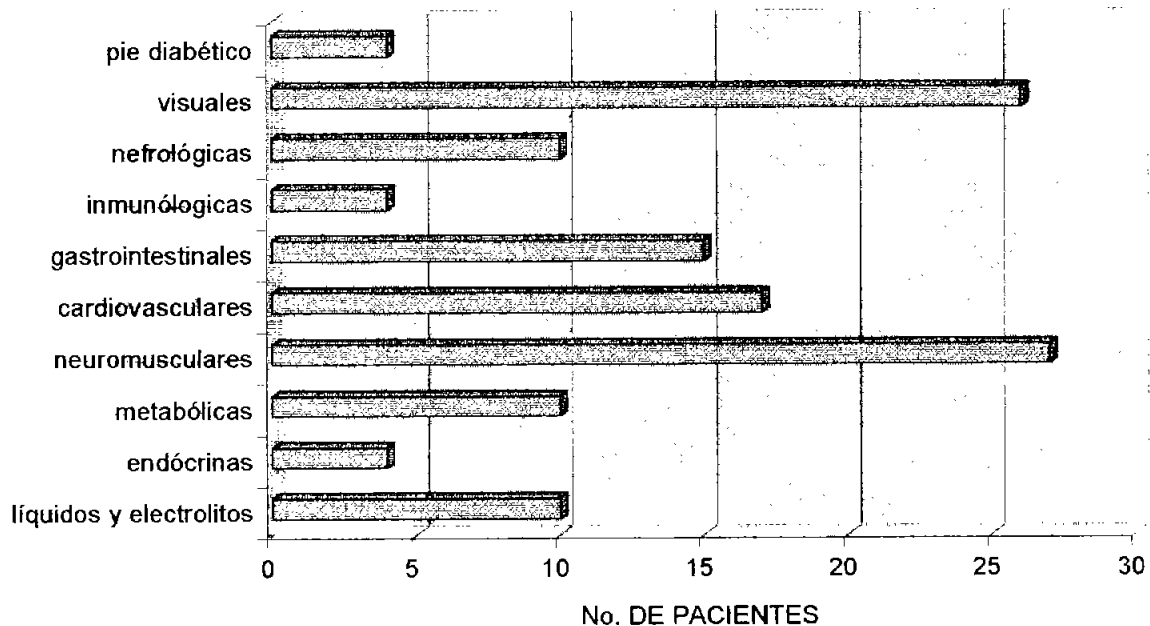
Los pacientes hicieron uso de los siguientes recursos terapéuticos, en la forma que se presenta a continuación: 1) medidas dietéticas, 65 individuos (89%); 2) uso de hipoglucemiantes orales, 59 individuos (81%); 3) uso de insulina, 13 (18%); 4) uso de metformina, 3 (4%); 5) medicina homeopática, 6 (8%); 6) acupuntura, 3 (4%); 7) métodos naturistas, 10 (13%); 8) tratamiento específico dirigido a complicaciones propias de la diabetes mellitus, 12 (16%); 9) otros tratamientos, 2 (3%) [Gráfica 8].

Las complicaciones propias de la diabetes mellitus se presentaron en nuestro grupo de estudio de la siguiente manera: 1) a nivel de líquidos y electrolitos, 10 pacientes (14%); 2) a nivel endócrino, 4 pacientes (5%); 3) metabólicas, 10 (14%), 4) neuromusculares, 27 (37%); 5) cardiovasculares, 17 (23%); 6) gastrointestinales, 15 (21%); 7) inmunológicas, 4 (5%); 8) nefrológicas, 10 (14%); 9) visuales, 26 (36%); 10) pie diabético, 4 (5%) [Gráfica 9].

**GRÁFICA 8. RECURSOS TERAPÉUTICOS PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II**



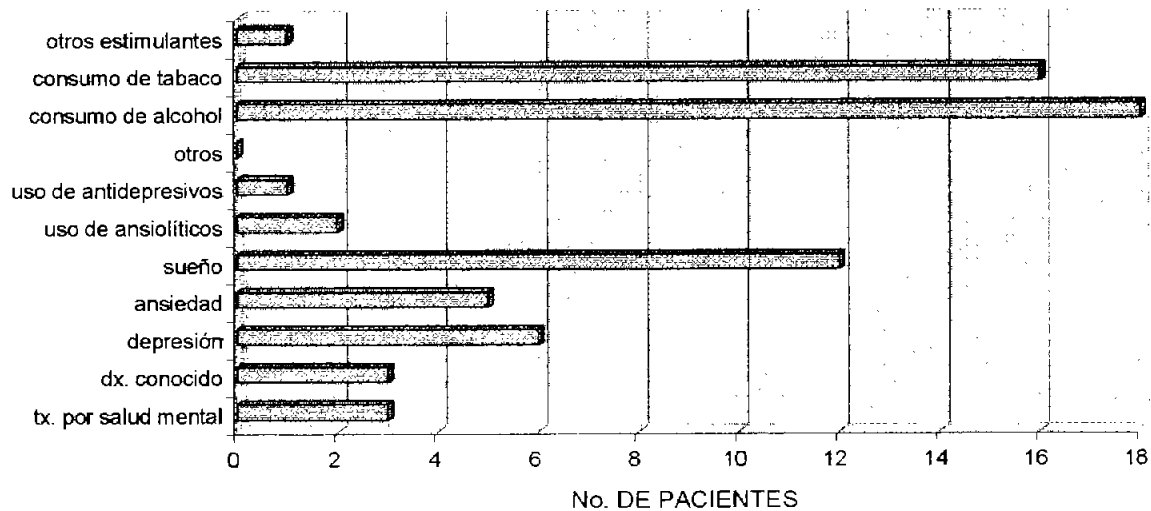
**GRÁFICA 9. COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA DIABETES MELLITUS TIPO II**



Los pacientes con antecedentes relacionados con el área psiquiátrica se dividieron en once grupos: 1) pacientes con tratamiento por parte de salud mental, correspondiendo a 3 del total (el 4.1%); 2) pacientes con diagnóstico psiquiátrico

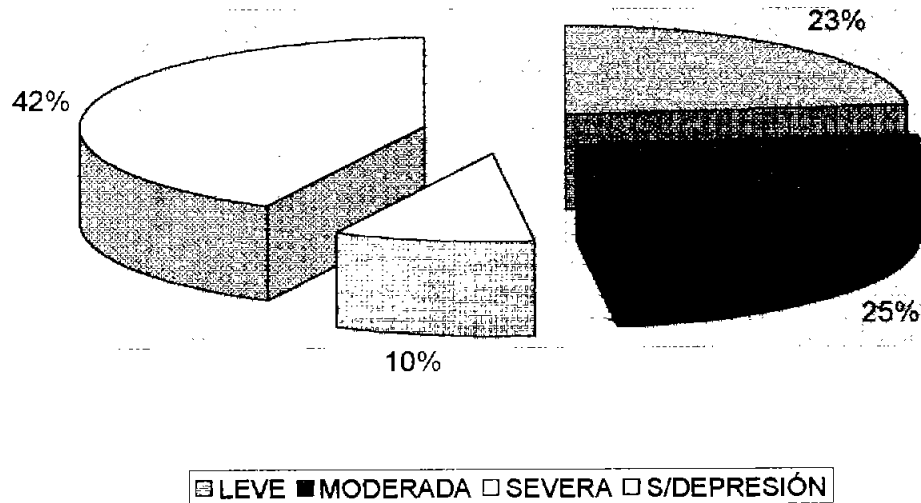
documentado, siendo 3 también ; 3) pacientes con trastornos depresivos, 6 (el 8.21%); 4) con trastornos de ansiedad, 5 (6.84%); 5) alteraciones del sueño, 12 (16.43%); 6) con uso de ansiolíticos, 1 (1.36%); 7) con uso de antidepresivos, 0; 8) otros psicofármacos, 2 (2.73%); 9) consumo de alcohol, 17 (23.28%); 10) consumo de tabaco, 19 (26%) y 11) uso de otros estimulantes, 2 (2.73%) [Gráfica 10].

**GRÁFICA 10. HISTORIAL DE PROBLEMAS EN EL ÁREA PSIQUIÁTRICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS**



En relación a los niveles de depresión detectados en los pacientes diabéticos, según el inventario de depresión de Beck, resultaron distribuidos de la siguiente manera: a) pacientes sin depresión, 31 (42%); b) pacientes con depresión leve, 17 (23%); c) con depresión moderada, 18 (25%); d) depresión severa, 7 (10%) [Gráfica 11].

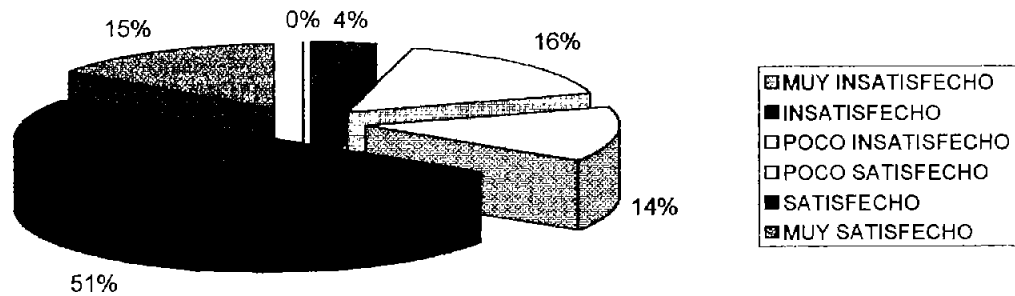
**GRÁFICO 11. NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS  
SEGÚN EL INVENTARIO DE BECK**



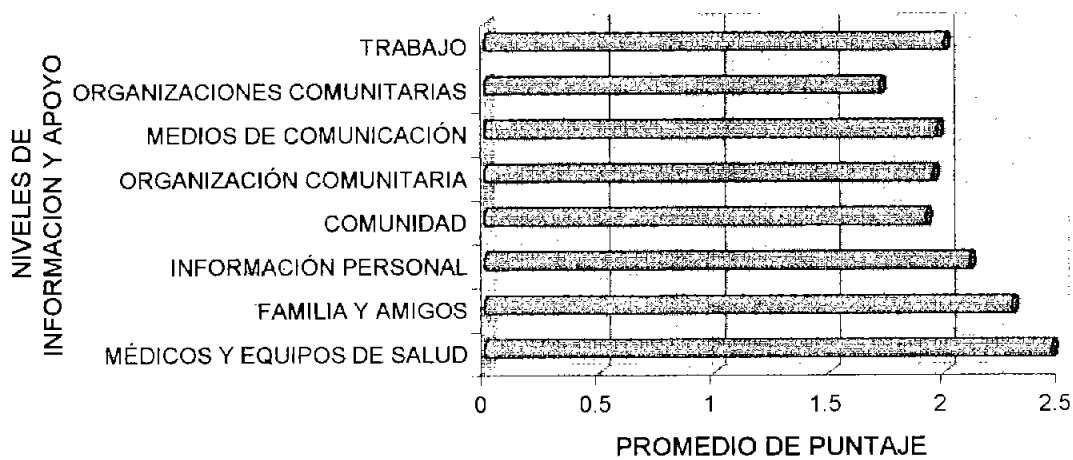
Los niveles de apoyo social, según el cuestionario de I. G. Sarason y cols., resultaron, en sus dos modalidades, con los valores promedio que se presentan a continuación: 1) número de personas que sirven como apoyo: 1.81 ( $\pm 0.72$  d.e.); 2) nivel de satisfacción: 4.8 ( $\pm 0.99$  d.e.). A su vez, en ésta última fase, los pacientes se ubicaron según su nivel de satisfacción de la siguiente forma: a) muy insatisfechos, 0 individuos; b) insatisfechos, 3 individuos (4%); c) poco insatisfechos, 12 individuos (16%); d) poco satisfechos, 10 (14%); e) satisfechos, 37 (51%); f) muy satisfechos, 11 (15%) [Gráfica 12].

Con respecto a los resultados obtenidos en el Cuestionario del Nivel de Información y Apoyo Social en Enfermedades Crónicas (CRAEC), la puntuación promedio global fue de 2.02 ( $\pm 0.27$  d.e.). En sus diferentes apartados, la media de puntaje se presentó de la siguiente manera: 1) médicos y equipos para el cuidado de la salud: 2.46 ( $\pm 0.46$  d. e.); 2) familia y amigos: 2.28 ( $\pm 0.53$  d. e.); 3) información personal: 2.10 ( $\pm 0.40$ ); 4) comunidad: 1.91 ( $\pm 0.44$  d. e.); 5) la organización de su comunidad: 1.94 ( $\pm 0.43$  d. e.); 6) los medios de comunicación y los seguros: 1.96 ( $\pm 0.39$  d. e.); 7) las organizaciones comunitarias: 1.71 ( $\pm 1.96$  d. e.); 8) trabajo o empleo: 2.0 ( $\pm 0.95$  d. e.) [Gráfica 13].

**GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS.**



**GRÁFICA 13. NIVEL DE INFORMACIÓN Y APOYO SOCIAL EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA (SEGÚN EL CRAEC)**



## B) ANÁLISIS DE RESULTADOS:

### • Propiedades psicométricas del CRAEC:

El análisis de confiabilidad por test-retest del Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica (CRAEC) resultó con un alfa de .8902. De todas las áreas evaluadas, la que resultó con un coeficiente de confiabilidad más elevado fue a nivel del trabajo o empleo (alfa=.9943); la del menor, fue a nivel de las organizaciones comunitarias (alfa=.5928) [Gráficas 14 y 15; Tablas 6 y 7].

### • Relación entre niveles de apoyo social y grado de depresión en pacientes diabéticos:

El coeficiente de correlación de *rho de Spearman* ( $r_s$ ) estableció una relación negativa media entre el grado de depresión y el nivel de apoyo social cuantificado por el cuestionario de soporte social de I.G. Sarason en sus dos modalidades: 1) número de personas que sirven como apoyo ( $r_s = -.313$ ,  $p < .05$ ) y 2) nivel de satisfacción ( $r_s = -.417$ ,  $p < .001$ ); siendo ésta última, la correlación más consistente [Gráfica 16, Tabla 8].

Sin embargo, la relación entre el grado de depresión y los distintos niveles de información y apoyo en la enfermedad crónica según el CRAEC de R. Glasgow, fue también negativa, pero menos significativa, resultando de la siguiente manera: 1) médicos y equipos para el cuidado de la salud ( $r_s = -.144$ ); 2) familia y amigos ( $r_s = -.131$ ); 3) información personal ( $r_s = -.140$ ); 4) comunidad ( $r_s = -.203$ ,  $p < .05$ ); 5) organización comunitaria ( $r_s = -.215$ ,  $p < .05$ ); 6) medios de comunicación y seguros ( $r_s = -.181$ ); 7) asociaciones comunitarias ( $r_s = -.191$ ); 8) trabajo o empleo ( $r_s = -.110$ ). El grado de depresión presentó una relación negativa mayor con la puntuación total del CRAEC ( $r_s = -.316$ ,  $p < .05$ ) [Gráfica 16, Tabla 8].

## VII. DISCUSIÓN

### • Propiedades psicométricas del CRAEC:

La confiabilidad global por test-retest al mes de evaluación del Cuestionario de Recursos en la Enfermedad Crónica (CRAEC) resultó ser superior a la de los otros instrumentos reportados en el área. Específicamente, a nivel del apartado del médico y equipo de salud, la confiabilidad del CRAEC fue mucho mayor a la de su versión original, The Chronic Illness Resources Survey (CIRS) (0.92 VS 0.60 respectivamente). En las demás áreas también lo fue, exceptuando en la información personal (cuidado de su salud) y asociaciones comunitarias (0.82 VS 0.91 y 0.59 VS 0.79, respectivamente). En lo que respecta al ámbito social los



resultados también fueron similares. El CRAEC a nivel de la familia y amigos obtuvo una confiabilidad muy similar (0.86), a la del Cuestionario de Apoyo Social (CAS) en sus dos modalidades ( $N = .90$ ,  $S = .83$ ), así como con la Escala de Funcionamiento Social (EFS) en las áreas familiar (alfa=0.836) y social (alfa=0.837). Finalmente en el área laboral, el instrumento propuesto en éste trabajo, resultó con altas mediciones de estabilidad como ya se comentaron, incluso superiores a los reportados en la EFS (0.99 VS 0.753, respectivamente) [Gráfica 14, Tabla 6].

En lo que se refiere a los instrumentos que miden en forma más específica el estilo de vida y las barreras de adherencia al tratamiento en la diabetes, el CRAEC en el apartado de "la información personal y el cuidado de su salud" obtuvo una confiabilidad superior al instrumento propuesto por Hess, que evalúa las barreras de adherencia (alfa=0.82 VS alfa=0.69, respectivamente) (70); resultados similares se pueden observar incluso con instrumentos anteriores diseñados por R. Glasgow, específicamente en el Cuestionario de actividades de autocuidado en la diabetes (73) [Gráficas 14 y 15; Tablas 6 y 7].

- **Relación entre niveles de apoyo social y grado de depresión en pacientes diabéticos:**

La relación negativa media entre el grado de depresión y el nivel de apoyo social resultó ser similar en el área correspondiente al número de personas que sirven como apoyo (N), así como en el nivel de satisfacción percibido por los pacientes (S), si se comparan con los resultados del estudio de I.G. Sarason y cols. (5), en el cual se incluyeron una muestra de 100 individuos (número de personas: -.24; nivel de satisfacción: -.43,  $p < .05$ ). Los resultados parecen ser también similares a los encontrados en el estudio de Johnson J.H. y cols., en donde se incluyeron 121 individuos y se encontró una correlación positiva (0.32,  $p < 0.005$ ) entre los eventos psicosociales adversos y la sintomatología depresiva, cuantificada por el inventario de Beck (29); información apoyada por otros autores (30, 31).

En 69 pacientes con diabetes mellitus tipo I, Wilkinson y cols. encontraron resultados similares entre la cantidad de problemática social y una relación positiva con la sintomatología psiquiátrica, incluyendo principalmente a la depresiva (1.5,  $p < 0.001$ ) (17); éstas observaciones también fueron evidentes en estudios previos realizados por el mismo autor, en diabéticos insulino-dependientes (18, 19, 20). En el adulto mayor con diabetes tipo II, el grado de apoyo social, principalmente dado por amistades, más que por la familia, así como el nivel de adaptabilidad, es inversamente proporcional a la sintomatología depresiva (56), con valores dentro de los parámetros reportados originalmente por Sarason, Jonson y cols.

Observaciones más recientes, desde la perspectiva multidimensional del soporte social, en individuos de edades entre 25 y 62 años, con diabetes mellitus no insulino dependiente, se constata una vez más, la correlación positiva existente entre el estrés financiero ( $r = 0.546$ ) y familiar ( $r = 0.333$ ) con la

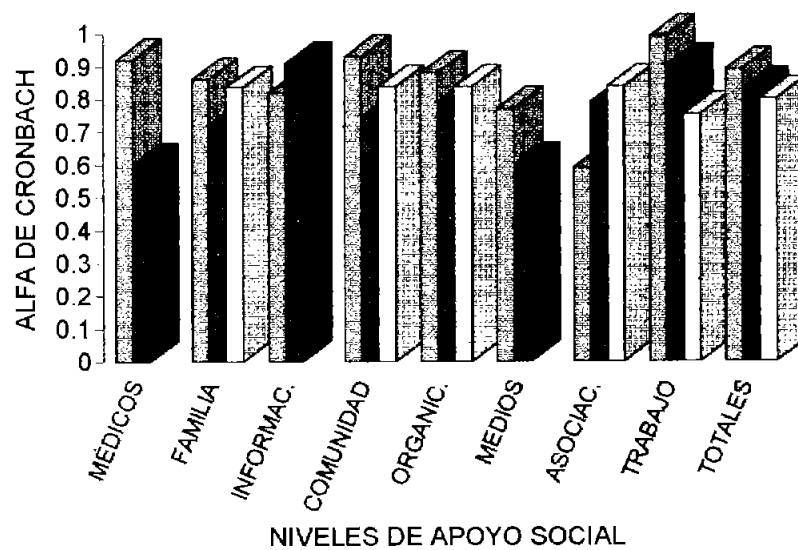
depresión; en contraparte, los factores que la disminuyen como la edad ( $r = -0.158$ ), la escolaridad ( $r = -0.218$ ) y el grado de intimidad familiar ( $r = -0.258$ ), ésta última área, en correlación más consistente que la encontrada en nuestro estudio en el mismo nivel ( $r_s = -0.131$ ) (12) [Gráfica 16, Tabla 8].

Siguiendo ésta línea, en la esfera familiar, el CRAEC resultó con una correlación también pobre con el grado de depresión ( $r_s = -.131$ ) [Gráfica 16, Tabla 8], si se compara con el estudio de Eaton y cols. (28), en donde se constata una asociación mucho más sólida entre factores de soporte familiar como el encontrarse casado o por el contrario, el vivir solo, y una predisposición mucho menor o mayor a padecer algún trastorno psiquiátrico en la población general ( $r^2 = .32$ ,  $p < 0.05$ ; 57,  $p < 0.001$  respectivamente). En individuos americanos e hispanos con diabetes tipo II, Fisher y cols., tomando en cuenta el grado de funcionamiento familiar, asociaron negativamente en forma más intensa éste, con la depresión ( $r^2 = -0.38$ ,  $r^2 = -0.43$ , respectivamente,  $p < 0.001$ ) (87); resultados corroborados en observaciones más recientes efectuadas por el mismo autor (12).

Cualquiera que sea el caso, así como la metodología aplicada, todos los estudios descritos, ya sea en población abierta o en individuos diabéticos, reportan niveles más altos en algunas áreas de los obtenidos en nuestro estudio; sin embargo, esta afirmación no aplica, si se toma en cuenta el nivel de depresión, en relación con el puntaje total del CRAEC ( $r_s = -0.316$ ,  $p < .05$ ) [Gráfica 16, Tabla 8].

Finalmente, la importancia del apoyo social en cualquiera de sus áreas es indiscutible, pero se señala como conclusión en un estudio realizado en pacientes diabéticos, que éste no es un factor determinante de comorbilidad con depresión (55); lo que podría explicar la correlación más consistente que se esperaba encontrar en nuestro estudio en el aspecto multidimensional de la enfermedad crónica.

**GRÁFICA 14. NIVELES DE CONFIABILIDAD POR TEST-RETEST DEL CRAEC vs CIRS vs EFS**



CUESTIONARIO DE RECURSOS DE APOYO EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA (CRAEC)  
 CHRONIC ILLNESS RESOURCES SURVEY (CIRS)  
 ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (EFS)

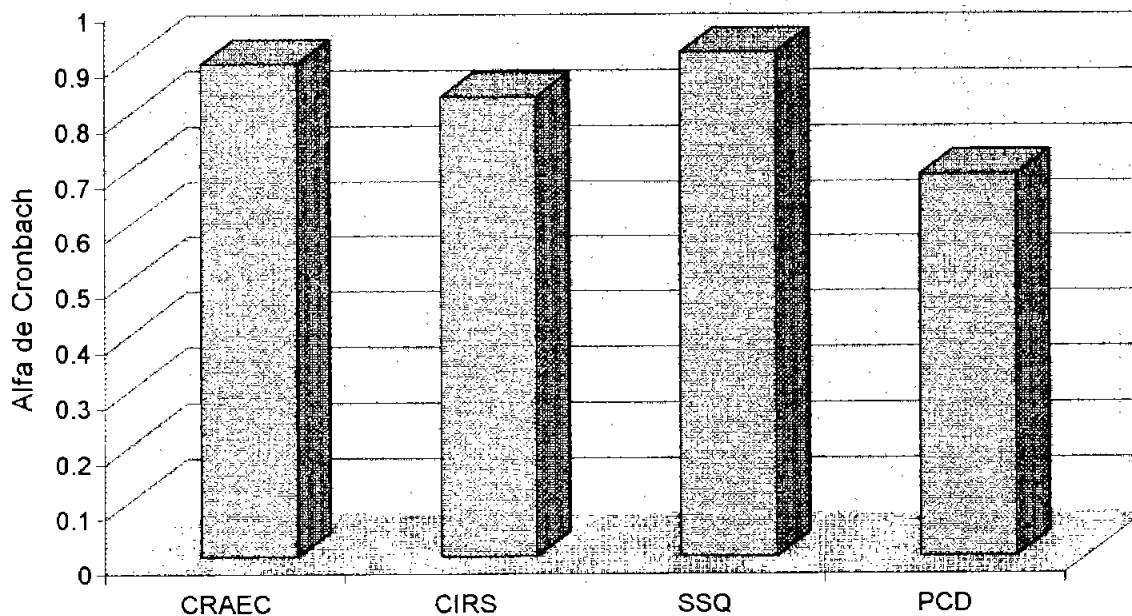
**TABLA 6**

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD POR TEST-RETEST DEL CRAEC vs CIRS vs EFS**

ÁREA EVALUADA	TEST-RETEST (alfa de Cronbach)		
	CRAEC (al mes)	CIRS (al mes)	EFS
Médicos y equipo de salud	0.92	0.6	
Familia y amigos	0.86	0.72	0.836
Información personal	0.82	0.91	
Comunidad	0.93	0.74	0.837
Organización comunitaria	0.88	0.79	0.837
Medios de comunicación y seguros	0.77	0.6	
Asociaciones comunitarias	0.59	0.79	0.837
Trabajo o empleo	0.99	0.9	0.753
<b>TOTAL</b>	<b>0.89</b>	<b>0.83</b>	<b>0.8</b>

Para el CRAEC (Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica) n = 132, CIRS (Chronic Illness Resources Survey) n = 123 y para la EFS (Escala de Funcionamiento Social) n = 320. Las áreas correspondientes a: Médico y equipo de salud, información personal en el cuidado de la salud y medios de comunicación y seguros, no son evaluadas en la EFS.

**GRÁFICA 15. NIVELES DE CONFIABILIDAD GLOBAL DEL CRAEC, CIRS, SSQ y PCD**



**TABLA 7**

**NIVELES DE CONFIABILIDAD GLOBAL DEL CRAEC, CIRS, SSQ y PCD.**

QUESTIONARIO	ALFA DE CRONBACH
CRAEC	0.89
CIRS	0.83
SSQ	0.91
PCD	0.69

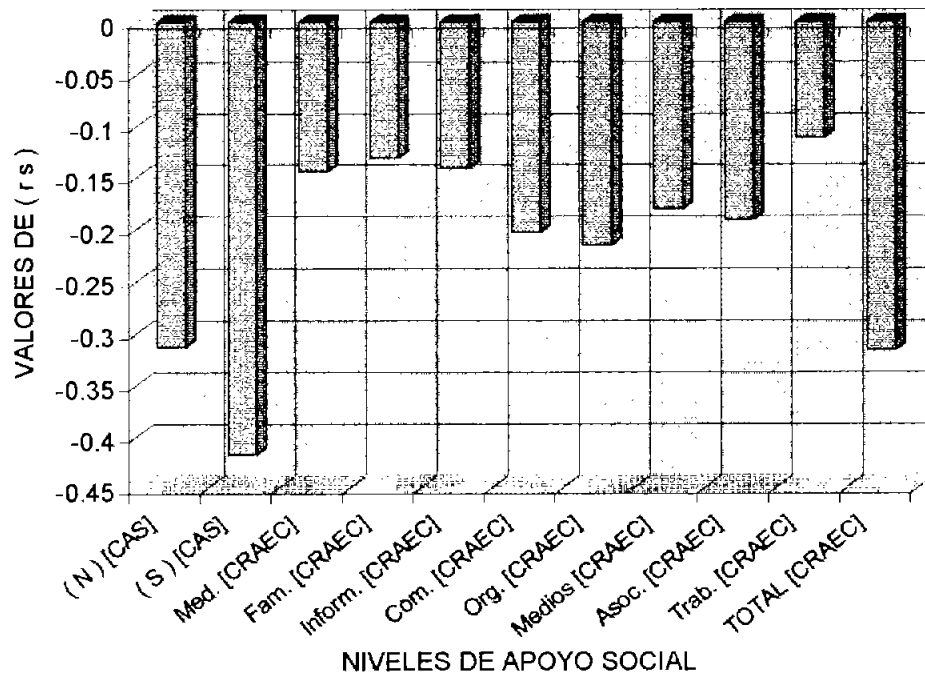
CRAEC = Cuestionario de Recursos de Apoyo en la Enfermedad Crónica

CIRS = Chronic Illness Resources Survey

SSQ = Social Support Questionnaire

PCD = Perfil del Cuidado para la Diabetes

**GRÁFICA 16. CORRELACIÓN ENTRE NIVELES DE APOYO SOCIAL Y GRADO DE DEPRESIÓN**



**TABLA 8**

**CORRELACIÓN ENTRE NIVELES DE APOYO SOCIAL Y GRADO DE DEPRESIÓN**

NIVEL DE APOYO SOCIAL	(rs)	(p)
No. de personas [N] (CAS)	-0.313	< .05
Grado de satisfacción [S] (CAS)	-0.417	< .001
Médico y equipo de salud (CRAEC)	-0.144	NS
Familia y amigos (CRAEC)	-0.131	NS
Información Personal (CRAEC)	-0.141	NS
Comunidad (CRAEC)	-0.203	<.05
Organización comunitaria (CRAEC)	-0.215	<.05
Medios de comunicación (CRAEC)	-0.181	NS
Asociaciones comunitarias (CRAEC)	-0.191	NS
Trabajo o empleo (CRAEC)	-0.111	NS
Total CRAEC	-0.316	< .05

CAS (Cuestionario de Apoyo Social); CRAEC (Cuestionario de Recursos de Apoyo en la enfermedad Crónica). (rs) Coeficiente de correlación de Spearman. NS (Valor de p no significativo).

## VIII. CONCLUSIONES:

En términos generales, se puede decir que en nuestro estudio se observó que existe una correlación inversamente proporcional entre el nivel de apoyo social, sobre todo en el ámbito de la satisfacción percibida por cada individuo, y el grado de depresión en pacientes diabéticos. Esto es concordante al modelo propuesto por House (6), donde considera al apoyo emocional como el de mayor impacto sobre los otros tipos de soporte.

Asimismo, el soporte percibido por el número de familiares con los cuales el individuo puede contar, tiene también una correlación inversamente proporcional con el grado de depresión, pero en menor importancia. Esto se puede explicar porque parece ser de mayor trascendencia la calidad de éste apoyo que la cantidad y, desde una perspectiva bidireccional causa-efecto, es bien conocido que el individuo con depresión tiende a aislarse y, en consecuencia esto pueda disminuir sus relaciones interpersonales y, por lo tanto, las personas de las que puede recibir apoyo social en sus distintas áreas.

La relación entre los recursos de apoyo en la enfermedad crónica y la depresión fue de la misma forma inversa. Es claro que para el paciente diabético es indiscutible considerar el aspecto multidimensional que involucra la compleja red de apoyo, así como sus interacciones. Por lo que en ésta investigación, la perspectiva social ecológica planteada por R. Glasgow viene a tomar singular importancia para explicar éstos fenómenos. Existen al menos 4 tipos de influencias en el entorno social del paciente diabético que puede influir en forma directa o indirecta en su estado afectivo: 1) las barreras en el autocuidado de su padecimiento, 2) el soporte social de la familia o amistades cercanas, 3) interacción con los proveedores de atención a la salud y 4) los recursos y servicios comunitarios.

- 1) **Las barreras en el autocuidado.** La adherencia a los regímenes dietéticos, la disponibilidad de espacio físico para la realización de ejercicio, los esquemas de manejo farmacológico, las visitas al médico y equipo de salud, etc.; parecen tener un efecto positivo en el control metabólico del paciente diabético y, por lo tanto, en la depresión, al tener una relación bidireccional con ésta.
- 2) **El soporte social de la familia y amistades cercanas.** Aunque su correlación con el grado de depresión fue baja, no podemos negar que es el grupo social de mayor importancia para el hombre, considerado como un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye claramente en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y al exposición a la educación nutricional, contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo en alguna medida, producto de su cultura y

grupo social. Esto viene a reforzar el concepto de Meissner (59, 60), sobre el componente ecológico en el proceso de salud enfermedad en el ser humano.

- 3) **Interacción con los proveedores de atención a la salud.** La influencia de ésta sobre el estado afectivo en el paciente diabético es indiscutible. Es probable que no haya sido tan evidente como podríamos esperar, sin embargo no podemos negar su importancia. Con frecuencia la primera barrera en ésta área se da en la relación médico-paciente observándose falta de información por parte del médico en lo referente a recomendaciones en el estilo de vida, prescripción medicamentosa, así como una intervención de mayor duración por consulta. Recordemos que el equipo de salud está compuesto por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, nutriólogas, trabajadoras sociales, etc.) y de la calidad, así como el apoyo que el individuo perciba de éstos elementos, influirá en forma favorable o desfavorable en el curso, progresión de la enfermedad, así como en la comorbilidad con padecimientos en la esfera psiquiátrica.
- 4) **Los recursos y servicios comunitarios.** Sin duda en el presente estudio, los de mayor peso, si se toma en cuenta el punto de vista multidimensional del soporte social en el paciente con enfermedad crónica en relación con el grado de depresión. Parece que, para el individuo con diabetes mellitus tipo II, los recursos a nivel comunitario son de mayor relevancia, dada las características propias y las exigencias de su patología de base. El impacto de ésta área, no solo repercute en forma directa en la enfermedad crónica, sino también en forma indirecta a través de las modificaciones en el estado emocional, formando así un circuito reverberante de retroalimentación positiva o negativa, tanto en los aspectos biológicos ya comentados ampliamente, como, desde luego, en los psicosociales.

Sin duda, todos éstos aspectos del proceso salud-enfermedad son bien conocidos, pero poco cuantificados. La utilidad de proponer un nuevo instrumento clinimétrico en nuestro estudio propiciará las bases con elementos más objetivos y completos de un abordaje multidisciplinario en el paciente con enfermedad crónicodegenerativa.

Uno de los aspectos fundamentales de la psiquiatría de enlace es contribuir en una forma positiva al proceso de afrontamiento en el enfermo de hospital general, a través de las intervenciones en los aspectos biológicos y sociales del mismo. En éste trabajo, se destacan los aspectos psicosociales de éste proceso con la finalidad de mejorar el abordaje de los elementos tan complejos que caracterizan a ésta área de la medicina.

**Subject: Request for collegial assistance**  
**Date: Wed, 06 Dec 2000 12:30:51 -0800**  
**From: Russ Glasgow <russkpf@earthlink.net>**  
**To: roscoe@prodigy.net.mx**  
**CC: russkpf@earthlink.net**

**ANEXO I**

Dear Felipe-

Greetings and best wishes to you and your family for the coming holidays and new year!

I am writing for two related reasons. First, I wanted to share with you an assessment instrument that my colleagues and I have developed, based upon our Pyramid model of social environmental influences, and to ask for your reactions to and feedback on it.

Specifically, the survey instrument itself is in the third attachment to the paper (the manuscript is in press in J of Behavioral Medicine, 2000) title 'combinescris' below. Anyway, my questions to you is -"Do you think that this instrument would be culturally appropriate for Mexican and Spanish speaking Mexican Americans? My colleagues and I hope to translate the instrument and to use it in both English and Spanish in an upcoming study, but would first appreciate your expert opinion as to whether this makes sense...and also if there are some items that would not be appropriate...as well as important things for Latino populations that we have omitted.

NOTE- Keep in mind that the intent of this instrument is to be used for patients having one or more chronic illness...not necessarily diabetes- so we are looking for social environmental/community factors that would apply across chronic illnesses.

Asumingthat we proceedd with this translation and validation task, you would certainly be welcome to use the resulting instrument if you had interest and use, in exchange for your helpfulness and generally for being such a wonderful colleague.

2. Second, we will be assessing dietary behavior (low fat eating), physical activity levels, and perceived social support in this same study of chronic illness patients in a community health center having a largely Latino and particularly Spanish speaking population.

So- we would also greatly appreciate learning of any instruments that you know of that have been validated in Spanish to assess eating behavior, exercise, or social support and are culturally appropriate for this sample.....

Thanks so much, and please do let me know if/when I can return such collegial favors to you. Jackie and I both enjoyed seeing you again at the IDF meetings..and had a wonderful trip to the pyramids the following day :-)

All my best,

Russ

-----Original Message-----

From: Connie Key [mailto:connie@ori.org]  
Sent: Wednesday, December 06, 2000 12:03 PM  
To: Barb McCray (E-mail); Russ Glasgow (E-mail); Christine Lorenz  
Subject: Russ's Request for Electronic version of the paper

Hi all. I be the keeper of the information. I have sent electronic versions of the paper to all three of you.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación titulado "2 \_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número \_\_\_\_\_ 3 El objetivo de Este estudio es \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

\_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ Nombre y firma del paciente      \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ Nombre, matrícula y firma del investigador principal.

\_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ Testigo      \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ Testigo

**HOJA DE CAPTURA DIABETES MELLITUS.**

FOLIO. \_\_\_\_\_

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

- Expediente \_\_\_\_\_ 1. Edad ( ) años
2. Religión: ( )  
0= ninguna 1= católica 2= evangélicos 3= cristianos 4= testigos de Jehová  
5= judíos
3. Lugar de Residencia: ( )  
0= urbana 1= provincia
4. Sexo: ( )  
0= masculino 1= femenino
5. Estado civil: ( )  
0= soltero 1= casado 2= viudo 3= Divorciado 4= Unión libre 5= Separado  
6= Madre soltera.
6. Tipo de familia: ( )  
0= nuclear 1= fragmentada 2= casados insertados en familia extensa  
3= fragmentada insertada en familia extensa 4= vive solo 5= reconstituida.
7. Escolaridad: ( )  
0= primaria incompleta 1= primaria 2= secundaria 3= preparatoria  
4= licenciatura 5= carrera técnica 6= postgrado
8. Ocupación: ( )  
0= ama de casa 1= Estudiante 2= Técnico 3= Profesionista 4= Jubilado  
5= Desempleado 6= incapacitado 7= Oficio eventual 8= comercio  
Tiempo sin empleo ( ) años

**II. VARIABLES PSICOSOCIALES:**

De la variable 9 a la variable 14 se codificaran como 0= negativo 1= positivo

9. ¿Tiene relación de pareja estable en el ultimo año? ( )
10. ¿Tiene hijos en etapa de crianza? ( )
11. ¿Tiene hijos mayores de edad? ( )
12. ¿Tiene convivencia con su familia de origen? ( )
13. ¿Constituye el proveedor principal? ( )
14. ¿Depende económicamente de otro? ( )

**III. VARIABLES DE LA ENFERMEDAD.****VARIABLES DEL PADECIMIENTO ACTUAL**

15. Tipo de institución en que se atiende ( )  
0= Hospital privado 1= Seguridad social 2= Secretaria de salubridad
16. Tiempo de evolución de la enfermedad ( ) años.
17. Tiempo de atención en institución ( ) años
18. Numero de hospitalizaciones desde el inicio del PA ( )
19. Número de internamientos en el último año ( )
20. Número de internamientos por coma diabético ( )
21. Número de internamientos por cetoacidosis ( )
22. Internamientos por infecciones ( )

## COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD:

De la variable 23 a la variable 43 se codificarán como 0= ausente 1= presente

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 23. Alteraciones en líquidos ( )      | 29. Alteraciones gastrointestinales ( ) |
| 24. Alteraciones en electrolitos ( )  | 30. Alteraciones inmunológicas ( )      |
| 25. Alteraciones endocrinas ( )       | 31. Alteraciones nefrológicas ( )       |
| 26. Alteraciones metabólicas ( )      | 32. Alteraciones visuales ( )           |
| 27. Alteraciones neuromusculares ( )  | 33. pie diabético ( )                   |
| 28. Alteraciones cardiovasculares ( ) | 34. Alteraciones de la colágena ( )     |

## TRATAMIENTO:

- 35. Dieta ( )
- 36. Hipoglucemiantes orales ( )
- 37. Insulina ( )
- 38. Metformina ( )
- 39. Medicina homeopática ( )
- 40. Acupuntura ( )
- 41. Tratamiento naturista ( )
- 42. Tratamiento conservador  
dirigido a las complicaciones ( )
- 43. otros tratamientos alternativos ( )

## APEGO AL TRATAMIENTO

44. Promedio de 2 últimos resultados Hb glucosilada ( )  
45. Promedio de 2 últimas determinaciones de glucosa ( )  
46. Peso \_\_\_\_\_Kg

## PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS:

De la variable 47 a la variable 57 se codificarán como 0= negativo 1= positivo

47. ¿Ha ameritado manejo por salud mental? ( )  
48. Tiene un diagnóstico Psiquiátrico conocido ( ) Especificar \_\_\_\_\_  
49. Trastorno depresivo ( )  
50. Trastorno por ansiedad ( )  
51. Trastornos de sueño ( )  
52. Uso de Ansiolíticos ( )  
53. Uso de Antidepresivos ( )  
54. Uso de otros psicofármacos ( ) Especificar \_\_\_\_\_  
55. Uso de Alcohol ( )  
56. Uso de Tabaco ( )  
57. Uso de otros estimulantes ( )

## IV. PUNTAJES DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE INFORMACIÓN Y APOYO EN ENFERMEDAD CRÓNICA.

60. Doctor y equipos de salud ( ) Puntos  
61. Familia y amigos ( ) Puntos  
62. Información personal ( ) Puntos  
63. Comunidad ( ) Puntos  
64. Organización de su comunidad ( ) Puntos  
65. Los medios de comunicación y los seguros ( ) Puntos  
66. Organizaciones de la comunidad ( ) Puntos  
67. Trabajo o empleo ( ) Puntos  
68. Puntaje total ( ) Puntos

## V. ESCALA DE BECK.

69. Puntaje total ( ) Puntos  
70. Grupo diagnóstico al que pertenece ( )  
0= Depresión leve 1= Depresión moderada 2= Depresión severa

## VI. ESCALA DE APOYO SOCIAL.

71. Puntaje total ( ) Puntos  
72. Nivel de satisfacción ( )  
1= Muy insatisfecho 2= Insatisfecho 3= poco insatisfecho 4= Poco satisfecho  
5= Satisfecho 6= Muy satisfecho.

**HOJA DE CAPTURA HIPERTENSION ARTERIAL.**

FOLIO. \_\_\_\_\_

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

- Expediente \_\_\_\_\_ 1. Edad ( ) años
2. Religión: ( )  
 0= ninguna 1= católica 2= evangélicos 3= cristianos 4= testigos de Jehová  
 5= judíos
3. Lugar de Residencia: ( )  
 0= urbana 1= provincia
4. Sexo: ( )  
 0= masculino 1= femenino
5. Estado civil: ( )  
 0= soltero 1= casado 2= viudo 3= Divorciado 4= Unión libre 5= Separado  
 6= Madre soltera.
6. Tipo de familia: ( )  
 0= nuclear 1= fragmentada 2= casados insertados en familia extensa  
 3= fragmentada insertada en familia extensa 4= vive solo 5= reconstituida.
7. Escolaridad: ( )  
 0= primaria incompleta 1= primaria 2= secundaria 3= preparatoria  
 4= licenciatura 5= carrera técnica 6= postgrado
8. Ocupación: ( )  
 0= ama de casa 1= Estudiante 2= Técnico 3= Profesionalista 4= Jubilado  
 5= Desempleado 6= incapacitado 7= Oficio eventual 8= comercio  
 Tiempo sin empleo ( ) años

**II. VARIABLES PSICOSOCIALES:**

De la variable 9 a la variable 14 se codificaran como 0= negativo 1= positivo

9. ¿Tiene relación de pareja estable en el último año? ( )
10. ¿Tiene hijos en etapa de crianza? ( )
11. ¿Tiene hijos mayores de edad? ( )
12. ¿Tiene convivencia con su familia de origen? ( )
13. ¿Constituye el proveedor principal? ( )
14. ¿Depende económicamente de otro? ( )

**III. VARIABLES DE LA ENFERMEDAD.**  
**VARIABLES DEL PADECIMIENTO ACTUAL**

15. Tipo de institución en que se atiende ( )  
0= Hospital privado 1= Seguridad social 2= Secretaria de salubridad  
16. Tiempo de evolución de la enfermedad ( ) años.  
17. Tiempo de atención en institución ( ) años  
18. Numero de hospitalizaciones desde el inicio del PA ( )  
19. Número de internamientos en el último año ( )

**COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD:**

De la variable 20 a la variable 35 se codificarán como 0= ausente 1= presente

20. Alteraciones cardiovasculares ( )  
21. Alteraciones pulmonares ( )  
22. Alteraciones renales ( )

**TRATAMIENTO:**

- |   |  |
|---|--|
| 23. Dieta ( )                                 | 30. Nitritos y nitratos ( )              |
| 24. Tratamiento conservador dirigido ( )      | 31. Beta bloqueadores ( )                |
| 25. Diuréticos ahorradores de K ( )           | 32. Diuréticos de asa ( )                |
| 26. Diuréticos tiacidicos ( )                 | 33. Medicina homeopática ( )             |
| 27. Antagonistas de calcio ( )                | 34. Acupuntura. ( )                      |
| 28. Antihipertensivo de acción central ( )    | 35. Tratamiento naturista ( )            |
| 29. Antihipertensivo de acción periférica ( ) | 36. Otros tratamientos alternativos. ( ) |

**APEGO AL TRATAMIENTO**

37. Promedio de 2 últimos resultados de T/A ( )

38. Peso \_\_\_\_\_ kg.

**PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS:**

De la variable 39 a la variable 49 se codificarán como 0= negativo 1= positivo

- 39. ¿Ha ameritado manejo por salud mental? ( )
- 40. Tiene un diagnostico Psiquiátrico conocido ( ) Especificar \_\_\_\_\_
- 41. Trastorno depresivo ( )
- 42. Trastorno por ansiedad ( )
- 43. Trastornos de sueño ( )
- 44. Uso de Ansiolíticos ( )
- 45. Uso de Antidepresivos ( )
- 46. Uso de otros psicofármacos ( ) Especificar \_\_\_\_\_
- 47. Uso de Alcohol ( )
- 48. Uso de Tabaco ( )
- 49. Uso de otros estimulantes ( )

**IV. PUNTAJES DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE INFORMACIÓN Y APOYO EN ENFERMEDAD CRÓNICA.**

- 50. Doctor y equipos de salud ( ) Puntos
- 51. Familia y amigos ( ) Puntos
- 52. Información personal ( ) Puntos
- 53. Comunidad ( ) Puntos
- 54. Organización de su comunidad ( ) Puntos
- 55. Los medios de comunicación y los seguros ( ) Puntos
- 56. Organizaciones de la comunidad ( ) Puntos
- 57. Trabajo o empleo ( ) Puntos
- 58. Puntaje total ( ) Puntos

ANEXO IV

Chronic Illness Resource Survey

Managing a chronic illness can be time-consuming and challenging. It can involve taking medicine daily, exercising, following a specific diet, regular doctor visits, and coping with the impact of the illness upon you and those with whom you interact. The following questions ask about a variety of different resources that people may use to manage their illness. For each item, select the number that best indicates your experience over the past 3 months.

Doctor and Health Care Team. . .

	Not at all 1	2	A moderate amount 3	4	A great deal 5
Over the past 3 months, to what extent...					
1. Has your doctor or other health advisor (nurse, dietician) clearly explained what you needed to do to manage your illness? (If you have not had any doctor visits in the past 3 months, think back to the last visit you had.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has your doctor or other health advisor provided support between visits such as phone calls, reminder letters, or newsletters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.* Has your doctor involved you as an equal partner in making decisions about illness management strategies and goals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.* Has your doctor or other health care advisor listened carefully to what you had to say about your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has your doctor or other health advisor (nurse, dietician) answered your questions and addressed your concerns during office visits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.* Has your doctor or other health care provider thoroughly explained the results of tests you had done (e.g., cholesterol, blood pressure, or other laboratory tests)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.* How important are <u>health care team</u> resources to you in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Personal (helpful things you did for yourself) . . .

	Not at	A moderate		A great	
	all		amount		deal
Over the past 3 months, to what extent . . .	1	2	3	4	5
16. Have you taken time for yourself to do things that you enjoyed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Have you congratulated or rewarded yourself for the things you did to manage your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.* Have you focused on the things you did well to manage your illness instead of those you did not?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Have you told others how they can help in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.* Have you thought about or reviewed how you were doing in accomplishing your disease management goals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Have you used prayer or meditation to provide guidance in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.* Have you arranged your schedule so that you could more easily do the things you needed to do for your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.* How important are personal things, like those above, that you do for yourself, in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continued)

## Family and Friends...

	Not at all	A moderate amount		A great deal	
	1	2	3	4	5
Over the past 3 months, to what extent...					
8.* Have family or friends exercised with you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have family or friends listened carefully to what you had to say about your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have your family or friends encouraged you to do the things you need to do to for your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have family or friends selected or requested healthy food choices when you ate with them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.* Have you shared healthy low-fat recipes with friends or family members?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have family or friends helped you remember to take your medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.* Family or friends bought food or prepared food for you that were especially healthy or recommended?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.* How important is family and friend support in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neighborhood. . .

Over the past 3 months, to what extent...	Not at all	A moderate amount			A great deal
	1	2	3	4	5
24.* Have you walked or exercised outdoors in your neighborhood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Have you talked to neighbors or others who have experience living with a chronic illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Have you and your neighbors gotten together for activities such as barbecues, block or holiday parties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Have grocery stores where you shopped had a good supply of fresh fruits and vegetables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.* Have you walked or done other exercise activities with neighbors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Have you shared recipes or discussed healthy eating ideas with neighbors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.* How important are <u>neighborhood</u> resources in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continued)

Community. . .

	Not at	A moderate			A great
	all		amount		deal
Over the past 3 months, to what extent...	1	2	3	4	5
31. Have you gone to a pharmacy that had good information about your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Have you noticed healthy low-fat foods at stores where you frequently shop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Has your community made an effort to include groups and organizations of people with chronic diseases in civic activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Have you found that people in the community accepted you and others who have chronic illnesses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.* Have you eaten at a restaurant that offered a variety of tasty, low fat food choices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Have you used public transportation to get somewhere you were going?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.* Have you gone to parks for picnics, walks, or other outings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.* How important is <u>community environment</u> to you in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continued)

---

Media and Policy. . .

---

	Not at all		A moderate amount		A great deal
Over the past 3 months, to what extent...	1	2	3	4	5
39.* Have you had health insurance that covered alternative therapies such as chiropractors and naturopaths?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Have you read articles in newspapers or magazines about people who were successfully managing a chronic illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Have you had health insurance that covered most of the costs of your medical needs including medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.* Have you seen billboards or other advertisements that encouraged not smoking, low-fat eating, or regular exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Have you listened to television or radio programs that focused on health or lifestyle issues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Have you heard things on the news that encouraged you to take good care of your health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Have you used the Internet or World Wide Web to find or share information about your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Have you seen TV programs or heard radio programs that realistically portrayed what it's like living with a chronic illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Have you seen TV programs or heard radio programs that provided good information on your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.* How important are <u>media and policy resources</u> (like those above) to you in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continued)

**Community Organizations.**

Over the past 3 months, to what extent...	Not at all	A moderate amount			A great deal
	1	2	3	4	5
49. Have you called a national or local health organization for information about your illness (such as an 800 number)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Have people at your work, church, or other organization to which you belong shown understanding and support for your illness management efforts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Have you participated in walks or other activities for health organizations (such as Heart, Lung, Arthritis, or Diabetes associations)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.* Have you attended free or low-cost meetings (for example, Weight Watchers, church groups, hospital programs) that supported you in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.* Have you volunteered your time for local organizations or causes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.* Have you attended wellness programs or fitness facilities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Have you called or visited a local health organization or hospital to look up information, view a video, or check out written materials?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Have you used community resources to help manage your illness such as senior centers, community centers, or mall walking programs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.* How important are <u>community and health organizations</u> to you in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Work... (If you are not currently employed, skip to item 65.)

	Not at all 1	2	A moderate amount 3	4	A great deal 5
Over the past 3 months, to what extent...					
58.* Have you had a flexible work schedule that you could adjust to meet your needs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Has your work offered wellness programs or fitness facilities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.* Has your workplace had rules or policies that made it easier for you to manage your illness (such as no smoking rules or time off work to exercise)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Have your coworkers covered for you when you needed to do something to manage your illness or were not feeling well?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.* Have you had control over your job in terms of making decisions and setting priorities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Has your employer provided paid time off work for health care or fitness activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.* How important are <u>worksite support and resources</u> to you in managing your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Please list other things that happened or other resources you used over the past 3 months that helped you to manage your illness:					

## CUESTIONARIO DE RECURSOS DE APOYO EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

El control de una enfermedad crónica puede representar un reto que requiere una prolongada inversión de tiempo. Es necesario tomar medicamentos diariamente, hacer ejercicio, seguir una dieta específica, así como visitar constantemente al doctor, lo que en conjunto tiene un importante impacto tanto en el paciente como en la gente que lo rodea. Los siguientes apartados hacen referencia a los múltiples recursos de los cuales el paciente puede hacer uso para controlar su enfermedad. Para cada pregunta elija la calificación que mejor describa sus experiencias en los últimos tres meses.

- A. Nunca.
- B. Algunas veces
- C. Frecuentemente

<b>MÉDICOS Y EQUIPO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
1. El doctor o cualquier otra persona encargada del cuidado de su salud (enfermera, nutriólogo) se comunica con usted para explicarle lo que necesita para el control de su enfermedad.			
2. Que tan frecuente es que su médico tenga información sobre su padecimiento a través de periódicos murales, folletos, etc.			
3. Ha tomado junto con el doctor decisiones acerca de sus planes y metas para el control de su enfermedad.			
4. El doctor escucha como se siente y lo que piensa acerca de su enfermedad.			
5. Durante su visita al doctor, éste responde sus preguntas, le asesora y controla sus preocupaciones.			
6. El doctor le explica el resultado de sus estudios (colesterol, presión sanguínea, glucosa, etc).			
7. Es importante el equipo médico para controlar su enfermedad.			

<b>FAMILIA Y AMIGOS.</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
8. Tiene parientes cercanos o amigos que le ayuden a ejercitarse.			
9. Ha encontrado entre sus parientes o amigos alguien que ponga atención sobre lo que usted piensa acerca de su enfermedad.			
10. Su familia lo ha motivado para que realice lo necesario para el control de su enfermedad.			
11. Cuando sale con sus amigos o familiares, alguno de ellos le ha sugerido comidas adecuadas a su dieta.			
12. Ha compartido alguna de sus dietas con amigos o familiares.			
13. Alguna persona cercana a usted le recuerda que tome sus medicamentos regularmente.			
14. Algún familiar o amigo le ha preparado alguna vez una comida especial para su enfermedad.			
15. Siente usted que la ayuda de algún familiar o amigo es importante para el tratamiento de su enfermedad.			
16. Se ha tomado el tiempo para hacer algo que usted disfrute o lo distraiga.			



- A. Nunca
- B. Algunas veces
- C. Frecuentemente.

<b>INFORMACIÓN PERSONAL (CUIDADO DE SU SALUD)</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
17. Se ha recompensado o felicitado por lo bien que maneja su enfermedad.			
18. Se ha acercado a aquellas personas que puede ayudar en el control de su enfermedad.			
19. Ha platicado con la gente acerca de como pueden ayudarlo a llevar a cabo ciertas actividades para el cuidado de su salud.			
20. Ha buscado experiencias que le puedan ayudar a mejorar su salud.			
21. Ha buscado alguna ayuda no médica (oraciones, meditación, por ejemplo) que contribuya al control de su enfermedad.			
22. Ha organizado su tiempo para llevar a cabo adecuadamente todas sus actividades.			
23. Considera importante mantenerse bajo control para el manejo de su enfermedad.			

<b>COMUNIDAD</b>			
24. Ha dado al menos un paseo por su colonia.			
25. Ha platicado con sus vecinos o con alguna otra persona que ha estado en contacto con personas que han padecido su enfermedad.			
26. Ha intentado organizar con sus vecinos alguna fiesta en su comunidad.			
27. Ha encontrado alimentos de calidad (verduras, frutas, otros) para su dieta en la tienda en donde normalmente realiza sus compras.			
28. Ha salido a caminar o a practicar algún deporte acompañado por sus vecinos.			
29. Ha platicado con alguien acerca de nuevas recetas de comidas adecuadas a su dieta.			
30. Considera que la comunidad en donde vive es importante para el manejo de su enfermedad.			

<b>LA ORGANIZACIÓN DE SU COMUNIDAD.</b>			
31. Ha ido a algún centro de salud a preguntar sobre la enfermedad que padece.			
32. Ha preguntado acerca de comida adecuada a su dieta en cualquiera de los lugares donde ha comido.			
33. Ha encontrado que existen grupos especiales en su comunidad de personas con su enfermedad, en donde llevan a cabo diversas actividades (recreativas, por ejemplo).			
34. Ha conocido gente agradable que padezca su enfermedad.			
35. Va a lugares en donde incluyen comida adecuada a su dieta.			
36. El transporte público que utiliza para trasladarse es adecuado a sus necesidades y limitaciones.			
37. Ha estado en parques para pasar un día de campo, para caminar o para otras actividades.			
38. Considera importantes las organizaciones de la comunidad para mejorar el manejo de su enfermedad.			

- A. Nunca
- B. Algunas veces
- C. Frecuentemente

<b>LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LOS SEGUROS.</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
39. Ha tenido un seguro médico que cubra el costo de terapias alternativas como quiroprácticas o medicina alternativa (naturista, acupuntura, homeopatía, etc.).			
40. Ha leído artículos en periódicos o revistas de personas que han superado su enfermedad.			
41. Ha tenido algún seguro médico que cubra la mayor parte de sus gastos en equipo médico.			
42. Ha visto anuncios o publicidad que motiva a la gente a no fumar, a comer comida baja en grasas y a ejercitarse diariamente.			
43. Ha visto o escuchado programas en televisión o en radio acerca de temas de salud y formas de vida.			
44. Ha visto programas de noticias que promueven buenos hábitos de salud.			
45. Ha utilizado el Internet para la búsqueda de información relativa a su enfermedad y/o para compartir sus experiencias con otras personas.			
46. Ha visto o escuchado programas de televisión o en radio acerca de la vida de personas que padecen su enfermedad.			
47. Ha visto programas que expliquen su enfermedad de una manera profesional.			
48. Considera importante tener un seguro médico y estar familiarizado con los medios de información para el manejo de su enfermedad.			

<b>ASOCIACIONES COMUNITARIAS</b>			
49. Ha llamado a alguna organización de salud para obtener información acerca de su enfermedad.			
50. Ha observado que gente de su iglesia, trabajo u otra organización lo entiende y apoya en los esfuerzos que usted realiza para manejar su enfermedad.			
51. Ha participado en marchas u otras actividades promovidas por alguna organización del cuidado de su salud (corazón, pulmón, artritis, diabetes, etc.).			
52. Ha asistido a reuniones de beneficencia o de bajo costo (en iglesias, hospitales, por ejemplo) que lo han ayudado a entender su enfermedad.			
53. Ha sido voluntario(a) para organizaciones locales o para algún tipo de causa para la salud.			
54. Ha asistido a talleres de bienestar social o acondicionamiento físico.			
55. Ha llamado o visitado alguna organización de salud para obtener información a través de videos, revistas, folletos, etc.			
56. Ha utilizado recursos de la comunidad como centros de salud, para el manejo de su enfermedad.			
57. Considera importantes las organizaciones de salud para controlar su enfermedad.			

- A. Nunca
- B. Algunas veces
- D. Frecuentemente

TRABAJO O EMPLEO (SI NO ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE, VAYA A LA PREGUNTA 65)	A	B	C
58. Ha tenido un horario flexible que ha podido ajustarlo a sus necesidades para la atención de su enfermedad.			
59. Su trabajo ha ofrecido programas de apoyo para su salud.			
60. Su lugar de trabajo cuenta con reglas y políticas que le ayudan a manejar su enfermedad (áreas restringidas para fumar, tiempo para ejercitarse al aire libre, por ejemplo).			
61. Sus colegas lo han suplido para que pueda salir y atender su enfermedad.			
62. Ha tenido que decidir entre la importancia de su trabajo y su enfermedad.			
63. Su jefe inmediato le ha permitido tener tiempo libre para el cuidado de su enfermedad.			
64. Considera importante su lugar de trabajo y ambiente para el control de su enfermedad.			
65. Por favor describa enseguida alguna otra experiencia que no ha sido mencionada en este cuestionario, que haya sucedido durante los últimos tres meses y que le ha ayudado a manejar mejor su enfermedad.			

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son acerca de personas en su ambiente quienes le apoyan o ayudan. Cada una de las preguntas tiene dos partes. Para la primera parte, enliste a todas las personas que conoce, excluyéndose a si mismo, con quienes usted puede contar con ayuda o apoyo de la manera descrita. Puede dar las iniciales de la persona y su relación con usted.

Para la segunda parte, circule que tan satisfecho está usted con el apoyo total que tiene.

Si no tiene apoyo para una pregunta, marque la palabra "nadie", pero aun así, marque su nivel de satisfacción. No enliste mas de nueve personas por pregunta.

Por favor conteste todas las preguntas tan bien como pueda. Todas sus respuestas serán confidenciales.

1.- ¿Con quien puede usted realmente contar para que le escuche cuando necesita hablar?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está usted con este apoyo?

6.- muy poco	5. satisfecho	4.poco satisfecho.	3.poco insatisfecho	2.- insatisfecho	1.muy insatisfecho
--------------	---------------	--------------------	---------------------	------------------	--------------------

2. ¿Con quien puede usted realmente contar para que le ayude si alguna persona que usted consideraba un buen amigo (a) le insultase y le dijera que él o ella no le quiere ver mas?
3. ¿De la vida de quienes, siente usted que es importante?
4. ¿Quién siente que le ayudaría si estuviera usted casado (a) y se acabara de separar de su cónyuge?
5. ¿Con quién puede usted realmente contar para que le ayude a salir de una situación de crisis, incluso cuando tengan que cambiar su rutina?
6. ¿Con quién puede usted hablar francamente sin tener que cuidarse de lo que dice?
7. ¿Quién le ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que brindar a los demás?
8. ¿Con quién puede usted realmente contar para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente bajo presión?
9. ¿De quién puede usted realmente depender cuando necesita ayuda?
10. ¿Con quién puede usted realmente contar si acabara de ser despedido de su trabajo o expulsado de su escuela?
11. ¿Con quién puede usted realmente ser sí mismo (a)?
12. ¿Quién siente usted que realmente le aprecia como persona?
13. ¿Con quién puede usted realmente contar para recibir sugerencias útiles que le ayuden a evitar cometer errores?

14. ¿Con quién puede usted para que le escuche abiertamente y sin críticas sus más profundos sentimientos?
15. ¿Quién le consolaría con un abrazo cuando lo necesitara?
16. ¿Quién siente usted que le ayudaría si un buen amigo(a) suyo tuviera un accidente automovilístico y estuviera hospitalizado en condiciones graves?
17. ¿Con quién puede usted realmente contar para ayudarle a sentirse mas relajado (a) cuando está bajo presión o tenso?
18. ¿Quién piensa usted que le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?
19. ¿Quién le acepta a usted totalmente, incluyendo sus defectos y cualidades?
20. ¿Con quien puede usted realmente contar para que le cuide sin importar lo que le está sucediendo?
21. ¿Con quién puede usted realmente contar para que le escuche cuando está muy disgustado (a) con alguien más?
22. ¿Con quien puede usted realmente contar para que le diga en una forma amable cuando necesita mejorar en algún sentido?
23. ¿Con quién puede usted realmente contar para que le ayude a sentirse mejor cuando se siente como basura?
24. ¿Quién siente usted que le ama profundamente?
25. ¿Con quién puede usted contar para que le consuele cuando está muy disgustado?
26. ¿Con quién puede usted contar para que le apoye al hacer una decisión importante?
27. ¿Con quién puede usted contar para que le ayude a sentirse mejor cuando esta irritable y se molesta por todo?

**HOJA DE RESPUESTAS**

**6 MUY SATISFECHO (A)**  
**5 SATISFECHO (A)**  
**4 POCO SATISFECHO (A)**  
**3 POCO INSATISFECHO (A)**  
**2 INSATISFECHO (A)**  
**1 MUY INSATISFECHO (A)**

<b>1</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>2</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>3</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>4</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>5</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>6</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>7</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>8</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>9</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>10</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>11</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>12</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>
<b>13</b>	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	<b>6 5 4 3 2 1</b>

HOJA DE RESPUESTAS

6 MUY SATISFECHO (A)  
 5 SATISFECHO (A)  
 4 POCO SATISFECHO (A)  
 3 POCO INSATISFECHO (A)  
 2 INSATISFECHO (A)  
 1 MUY INSATISFECHO (A)

14	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
15	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
16	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
17	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
18	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
19	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
20	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
21	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
22	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
23	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
24	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
25	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
26	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1
27	Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	6 5 4 3 2 1

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo de preguntas, marque el número que se encuentra junto al enunciado y que describa mejor la manera como usted se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy.

- 1) 0= No me siento triste.  
1= Me siento triste.  
2= Me siento triste todo el tiempo.  
3= Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
- 2) 0= No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.  
1= Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.  
2= No espero que las cosas me resulten bien.  
3= Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.
- 3) 0= No me siento como un fracasado.  
1= Siento que he fracasado más de lo que debería.  
2= Cuando veo mi vida hacia atrás lo único que puedo ver son muchos fracasos.  
3= Siento que como persona soy un fracaso total.
- 4) 0= Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.  
1= No disfruto tanto de las cosas como antes.  
2= Obtengo muy poco placer de las cosas que podía disfrutar.  
3= Siento que como persona soy un fracaso total.
- 5) 0= No me siento particularmente culpable.  
1= Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debería hacer.  
2= Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.  
3= Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) 0= No siento que esté siendo castigado.  
1= Siento que tal vez seré castigado.  
2= Espero ser castigado.  
3= Siento que estoy siendo castigado.
- 7) 0= Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.  
1= He perdido confianza en mí mismo.  
2= Estoy desilusionado de mí.  
3= No me agrado.
- 8) 0= No me crítico ni me culpo más de lo usual.  
1= Soy más crítico de mí mismo que lo que  
2= Me crítico por todas mis fallas y errores.  
3= Me culpa por todo lo malo que sucede.
- 9) 0= No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.  
1= Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevar a cabo.  
2= Me gustaría matarme.  
3= Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10) 0= No lloro más de lo usual.  
1= Ahora lloro más que antes.  
2= Ahora lloro por cualquier cosa.  
3= Siento ganas de llorar pero no puede.
- 11) 0= No me siento más tenso de lo usual.  
1= Me siento más inquieto o tenso que lo usual.  
2= Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.  
3= Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.
- 12) 0= No he perdido interés en otras personas o actividades.  
1= Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades.  
2= He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.  
3= Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.



12) 0= Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.

1= Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.

2= Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.

3= Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.

13) 0= No me siento devaluado.

1= No me siento tan valioso o útil como antes.

2= Me siento menos valioso comparado por otros.

3= Me siento francamente devaluado.

14) 0= Tengo tanta energía energía como siempre.

1= Tengo menos energía de la que solía tener.

2= No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.

3= No tengo suficiente energía para hacer nada.

16) 0= No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1<sub>a</sub>= Duermo mas de lo habitual.

2<sub>b</sub>= Duermo menos de lo usual.

2<sub>c</sub>= Duermo mucho mas de lo usual.

2<sub>d</sub>= Duermo la mayor parte del día.

3<sub>e</sub>= Duermo la mayor parte del día.

3<sub>f</sub>= Me despierto una o dos horas más temprano y no me puedo volver a dormir.

17) 0= No estoy mas irritable de lo usual.

1= Estoy mas irritable de lo usual.

2= Estoy mucho mas irritable de lo usual.

3= Estoy irritable todo el tiempo.

18) 0= No he sentido ningún cambio en mi apetito.

1<sub>a</sub>= Mi apetito es menor de lo usual.

1<sub>b</sub>= Mi apetito es mayor de lo usual.

2<sub>c</sub>= Mi apetito es mucho menor que antes.

2<sub>d</sub>= Mi apetito es mucho mayor que antes.

3<sub>e</sub>= No tengo nada de apetito.

3<sub>f</sub>= Tengo ganas de comer todo el tiempo.

19) 0= Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1= No puedo concentrarme tan bien como siempre.

2= me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.

3= No puedo concentrarme en nada.

20) 0= No estoy más cansado o fatigado que lo usual.

1= Me canso o fatigo más fácilmente que antes.

2= Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer.

3= Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.

21) 0= No he notado ningún cambio reciente mi interés en el sexo.

1= Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.

2= Encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.

3= He perdido completamente mi interés en el sexo.

## CRONOGRAMA DEL PROYECTO

2002 PROGRAMADO 2003												ACTIVIDADES												2002 REALIZADO 2003												
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D													E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
X	X	X										Elaboración de protocolo	X	X	X																					
			X									Autoriz. Por el comité local																								
				X								Prueba de campo																								
					X	X	X					Recolección de la infor.																								
								X	X			Elaboración de la infor.																								
										X		Análisis e interpretación de los resultados.																							X	X
												Difusión																								
												Publicación																								

## V) BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Glasgow, RE. Outcomes of and for diabetes education research. *Diab Educ* 1999; 25: 74-88.
- 2.- Wing RR, Goldstein MG, Acton KJ, et al: Behavioral science research in diabetes: lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and pshysical activity. *Diabetes Care* 2001; 24(1) 117-123.
- 3.- Pinhas HO, Dolan LD: Increased incidence of non- insulin-dependent diabetes mellitus among adolescents. *J Pediatr* 1996; 128: 608-615.
- 4.- Norma Técnica No. 66 para la Prevención y Control de la Hipertensión Arterial Esencial en la Atención Primaria a la Salud. Secretaria de Salud. Diario Oficial de la Federación. 1986.
- 5.- Sarason, I.G. Levine, H.M. Bashman, R.B. c etal. Assessing social support: the social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 127-139
- 6.- House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and process of social support. *Annu Rev of Sociol* 1988; 14: 293-318.
- 7.- Hupcey J E. Social support: assessing conceptual coherence. *Qual Health Res* 1998; 8: 304-318.
- 8.- Hutchison S. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1520-1526.
- 9.- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, et al. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 337-356.
- 10.- Gavard JA. Lustman PJ. And Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16: 1167-1178.
- 11.- Leonard E, Egede MD, Deyi Zheng MB, c etal: Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuls with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 24: 464-470.
- 12.- Fisher L PHD, Chesla CA, Mullan JT, c etal: Contributors to depression in latino and european-american patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24:1751-1757.

- 13.- Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, c et al: Depression and poor glycemic control. *Diabetes Care* 2000; 23:934-942.
- 14.- Ryan J. Anderson, BA. Kenneth E. Freedland, P, Ray E. Clouse, M c et al. The prevalence of comorbid depression on adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-1078.
- 15.- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, c et al. Psychiatric illness in diabetes Mellitus: Relationship to symptoms and glucose control. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(12) 736-742.
- 16.- Ruiz LG, Vázquez F, Colrlay I, Báez A, c et al. Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA1c. *Psiquiatría* 1996;12(3): 66-71.
- 17.- Wilkinson D G, Borseley Q, Leslie P, Newton RW, et al. Psychiatric morbidity and social problems in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Br J Psychiatry* 1988; 153; 38-43.
- 18.- Wilkinson DG. Psychiatric aspects of diabetes mellitus. *Br J Psychiatry* 1981; 138:1-9.
- 19.- Wilkinson DG. The influence of psychiatric, psychological and diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 1987;31:277-286.
- 20.- Wilkinson DG, Borseley DQ, Leslie P, et al. Psychiatric disorder in patients with insulin-dependent diabetes mellitus attending a general hospital clinic: (i)two-stage screening; and (ii) detection by physicians. *Psychol Med* 1987; 17, 515-517.
- 21.- Popkin MK, Callies AL, Lenttz RD, et al: Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing Type I mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:64-68.
- 22.- Leedom L, Meehan WP, Procci W c et al: Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics* 1991; 32: 280-286.
- 23.- Bott U, Muhlhauser I, Overmann H, Berger M: Validacion of a diabetes-specific quality-of- life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21: 757-769.
- 24.- Delamater A, Jacobson A M, Anderson B, c et al. Psychosocial therapies in diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1286-1292.
- 25.- Talbot F, Nouwen A. A review of the relationship Between depression and diabetes in adults: is there a link?. *Diabetes Care* 2000;23(10): 1556-1562.

- 26.- Stetson B, Barnes N, Barton T, c et al: The role of depression in glycemic control and CHD risk factors in diabetes. *Diabetes*. 2000; 49(5) : A64-A65.
- 27.- Miller PM, Ingham JG: Friends, confidants and symptoms. *Soc Psychiatry* 1976;11:51-58.
- 28.- Eaton WW. Life events, social support, and psychiatric symptoms: A re-analysis of the new haven data. *J Health Soc Behav* 1978;19(6):230-234.
- 29.- Johnson JH, Sarason IG: Life stress, depression and anxiety: internal-external control as a moderator variable. *J Psychosom Res* 1978; 22: 205-208.
- 30.- Mechanic D. Some problems in the measurement of stress and social readjustment. *J Hum Stress* 1975: 1; 43-48.
- 31.- Vinokur A, Selzer ML. Desirable versus undesirable life events: their relationship to stress and mental distress. *J Pers Soc Psychol* 1975; 32: 329-337.
- 32.- .- Cassel, J. The Contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 107-123.
- 33- Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1876; 38: 300-314.
- 34.- Berkman, L.F. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annu Rev Public Health*. 1984; 5: 413-432.
- 35.- Mitchell, R.E. Trickett, E.J. Social networks as mediators of social support: An analysis of the effects and determinants of social networks. *Community Mental Health J* 1980; 16: 27-44.
- 36.- .- Porritt, D. Social support in crisis: Quantity or quality? *Soc Sci Med* 1979; 13: 715-721.
- 37.- .- Seeman, T.E. Kaplan, G.A. Knudsen, L. Cohen, R. c etal. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda Country Study. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 714-723.
- 38.- Feifel, H. Strack, S. Nagy, V.T. Degree of life-threat and differential use of coping modes. *J Psychosom Res* 1987; 31: 91-99.
- 39.- Kriegsman, D.M. Penninx, B.W. Eijk, J.T. Chronic disease in the elderly and its impact on the family: A review of the literature. *Fam System Med* 1994; 12: 249-267.

- 40.- Helz JW, Templeton B. Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review. *Am J Psychiatry* 1990; 147(10):1275-1282.
- 41.- Menninger WC: Psychological factors in the etiology of diabetes. *J Nerv Ment Dis* 1935;8:1-13.
- 42.- Hinkle LE, Evans FM, Wolf S: Studies in diabetes mellitus, III: life history of three persons with labile diabetes, and relation of the disease. *Psychosom Med* 1951; 13:160-183.
- 43.- Hinkle LE, Evans FM, Wolf S: Studies in diabetes mellitus, IV: life history of three persons with relatively mild, stable diabetes, and relation of 29 significant experiences in their lives to the onset and course of the disease. *Psychosom Med* 1951; 13:184-202.
- 44.- Bruch H, Hewlett I: Psychologic aspects of the medical management of diabetes in children. *Psychosom Med* 1947; 9: 205-209.
- 45.- Slawson PF, Flynn WR, Kollar EJ: Psychological factors associated with the onset of diabetes mellitus. *JAMA* 1963; 185: 96-107.
- 46.- Stein SP, Charles E: Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a study of early life experience of adolescent diabetics. *Am J Psychiatry* 1972; 128:700-704.
- 47.- Hong K-EM, Holmes TH: Transient diabetes mellitus associated with cultural change. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29:683-687.
- 48.- Jovanovic L., Peterson CM: The clinical utility of glycosylated hemoglobin. *Am J Med* 1981; 70: 331-337.
- 49.- Peyrot M, McMurry JF. Psychosocial factors in diabetes control: adjustment of insulin-treated adults. *Psychosom Med* 1985; 47: 542-557.
- 50.- Trief PM, Himes CL, Orendorff R, et al: The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(8): 1384-1389.
- 51.- Schwartz LS, Springer J, Flaherty JA, et al. The role of recent life events and social support in the control of diabetes mellitus, a pilot study. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 212-216.
- 52.- Glasgow RE, Toobert DJ: Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1988; 11: 377-386.

- 53.- Peyrot M, McMurry JF, Kruger DF: A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping, and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 141-158.
- 54.- Kaholokula JK, Haynes S, Grandinetti A, c et al. Biological, psychosocial, and moderating sociodemographic variables asociated with depressive symtoms and type 2 diabetes. *Diabetes* 2002; 51 (6): 532-535.
- 55.- Connell CM, Davis WK, Gallant MP, c et al: Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychol* 1994;13(3): 263-73.
- 56.- Cheng TYL, Boey KW: Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus. *Clin Gerontologist* 2000; 22(1)15-30.
- 57.- Glasgow, RE. Outcomes of and for diabetes education research. *Diabetes Educ* 1999; 25: 74-78.
- 58.- Levenson, JL. Glocheski, S. Psychological factors affecting end stage renal disease. A review. *Psychosomatics* 1991, 4(32): 382-389.
- 59.- Valadez F, Aldrete R, Alfaro N: Influencia de la familia en el control metabólico del paciente dabetico tipo II. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 464-470.
- 60.- Meissneer WW. Family dynamics and psychosomatic process. *Fam Process* 1966; (5):142-161.
- 61.- Rodríguez –Moran, M. Guerrero-Romero, JF. Importance of family support in the control of glycemia. *Salud Publica Mex* 1997; 39: 44-47.
- 62.- De la Revilla, L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, DOYMA. 1994.
- 63.- Sandler, I.N. Barrera, M. Towarda multimethod approach to assessing the effects of social support. *Am J Community Psychol* 1984; 12: 37-52.
- 64.- Vaux, A. Harrison, D. Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *Am J Community Psychol* 1985; 13: 245-268.
- 65.- Bruera, E. Kuehn, N. Miller, M. Selmser, P. McMillan, K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS) a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7: 6 – 9.
- 66.- Higginson, I.J. Alison, J.C. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 2001; 322: 1297 –1300.

- 67.- Carr, A.J. Thompson, P.W. Young, A. Do health status measures have a role in rheumatology? A survey of rheumatologists' use of and attitudes towards health status measures in the UK. *Arthritis Rheum.* 1996; 39:261S.
- 68.- 30.- O'Boyle, C.A. McGree, H. Hickey, A. O'Malley, K. Joyce, CRB. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet* 1992; 339: 1088 – 1091.
- 69.- Jenny, J.L. Differences in adaptation to diabetes between insulin-dependent and non-insulin-dependent patients: implications for patient education . *Patient Educ Counseling.* 1986; 8: 39-50.
- 70.- Hess, G.E. Davis, W.K. Harrison, R. A diabetes psychosocial profile. *Diabetes Educ* 1986; 12: 135-140.
- 71.- Davis, W.K. Hess, G.E. Harrison, R. c et al. Psychosocial adjustment to and control of diabetes mellitus: Differences by disease type and treatment. *Health Psychol* 1987; 6: 1-14.
- 72.- .- Connell, C.M. O'Sullivan, J.J. Fisher, E.B. c et al. Variables predicting adherence and metabolic control among retirement community residents with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Compliance Health.* 1988; 3: 135-149.
- 73.- Bradley, C. *Handbook of Psychology and Diabetes.* Harwood Academic Publishers. Switzerland. 1994: 335-349
- 74.- Schlenk EA, Hart LK. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1984; 7: 566-574.
- 75.- Wensing, M. Grol, R. Van, P Monfort and Smits, A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Qual Health Care.* 1996; 5: 73 – 80.
- 76.- Brown MA. Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct? *Nurs Res* 1986; 35: 4-9.
- 77.- Valencia M, Rojas E, González C, y cols. Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Publica Mex* 1989; 31: 674-687.
- 78.- Glasgow RE, Strycker, LA. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-help: management the chronic illness resources survey. *J Behav Med* 2000; 23 (6): 559-583.



79.- Apiquián RA, Nicolini FH. Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. México: JGH editores, 2000.

80.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-1994.

81.- Norma técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud. Diario oficial. 1988: 10-19.

82.- Sosa C, Pablos J, Santos D. Guía para elaborar el protocolo de investigación. Parte 1, 2, 3. Acta Ped Mex 1994; 15: 9-14, 139-45, 193-197.

83.- Montesano, JR. Manual del protocolo de investigación. México: Editorial Auroch, 2001: 57-60.

84.- Daniel WW. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la Salud. México: Limusa, 1994: 198-203.

85.- De la Peña, F. Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental. 1996; 19: 17-23.

86.- Feinstein, A. R. Clinimetrics. Yale University Press, U.S.A. 1987: 130-131.

87.- Fisher L, Chesla CA, Skaff M: The Family and Disease Management in Hispanic and European American Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2000; 23(3) 267-272.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**