UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en Pacientes Adultos con DM tipo 2

Tesis que para obtener el Grado de Maestro en Enfermería

Presenta:
Marina del Carmen Osorio Aquino

Director:
Dra. Valentina Rivas Acuña (+)
Codirector:
Dra. Marcelina Cruz Sánchez

Villahermosa, Tabasco. Noviembre 2020

Of. No. 0648/DACS/JAEP
29 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Marina del Carmen Osorio Aquino
Maestría en Enfermería
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Asunción Vicente Ruiz, M.A.E. Carmen De la Cruz García, Dra. María trinidad Fuentes Álvarez, M. en C. José María Castro Morales y la Dra. Fabiola Morales Ramón, impresión de la tesis titulada: **"Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en Pacientes Adultos con DM tipo 2"**, para sustento de su trabajo recepcional de la *Maestría en Enfermería*, donde funge como Directoras de Tesis la Dra. Valentina Rivas Acuña y la Dra. Marcelina Cruz Sánchez.

Atentamente

UJAT
DACS
DIRECCIÓN

Dra. C. Miriam Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. Valentina Rivas Acuña.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. Marcelina Cruz Sánchez,.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. María Asunción Vicente Ruiz.- Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. José María Castro Morales.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Fabiola Morales Ramón.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/lkrd*

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **11:00** horas del día **19** del mes de **octubre** de **2020** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de **la División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

"Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en Pacientes Adultos con DM tipo 2"

Presentada por el alumno (a):

Osorio	Aquino	Marina del Carmen
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matrícula

1	8	1	E	5	8	0	1	5

Aspirante al Grado de:

Maestro en Enfermería

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron ***SU APROBACIÓN DE LA TESIS*** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Valentina Rivas Acuña †
Dra. Marcelina Cruz Sánchez
Directoras de Tesis

Dra. María Asunción Vicente Ruiz

Mtra. Carmen de la Cruz García

Dra María Trinidad Fuentes Álvarez

Mtro José María Castro Morales

Dra Fabiola Morales Ramón

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/OP'XME

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco México

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 27 del mes de Octubre del año 2020, el que suscribe, Marina del Carmen Osorio Aquino, alumno del programa de la Maestría en Enfermería, con número de matrícula 181E58015, adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulado: **"Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en Pacientes Adultos con DM tipo 2",** bajo la Dirección del Dra. Valentina Rivas Acuña. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Articulo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso de la autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: aquino_89@hotmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Marina del Carmen Osorio Aquino

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD

JEFATURA DEL ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Miembro CUMEX desde 2008
Consorcio de Universidades Mexicanas
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Tabla de contenido

Contenido	Pagina
Capítulo I	
Descripción del problema	1
Pregunta de investigación	4
Objetivo general	4
Objetivo especifico	
Marco Teórico	
Diabetes Mellitus Tipo 2	6
Artículos relacionados	8
Definición de términos	10
Capítulo II	
Metodología	12
Diseño del estudio	12
Criterios de inclusión y exclusión	12
Selección de participantes	13
Procedimiento de recolección de la información	14
Instrumentos y mediciones	15
Consideraciones éticas	18
Plan de tabulación y análisis de datos	20
Capítulo III	
Resultados	21
Capítulo IV	
Discusión	29
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Referencias bibliográficas	33
Apéndices	

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

A. Consentimiento informado 36

B. Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE) 37

C. Scala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) 38

D. Cédula de Datos Sociodemográficos y clínicos 39

E. Escala de adaptación psicosocial a la enfermedad 40

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Agradecimientos

Principalmente a Dios por darme la fuerza física y emocional, para poder hacer este sueño realidad. A mí por mi dedicación y sacrificios que a pesar del cansancio me mantuve en este caminar.

A mi alma mater la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de la Salud, por ser mí casa de formación académica.

A mis compañeros y amigos que me alentaban para continuar ya que habían días en los que pensaba abandonar este posgrado. En especial a mi querida amiga Yadira Mateo Crisóstomo por su apoyo incondicional, por exhortar a ser cada día mejor.

A mí querida directora de tesis la Dra. Valentina Rivas Acuña, por su paciencia y su apoyo incondicional, gracias de todo corazón. Duele saber que hoy ya no se encuentra entre nosotros pero, estoy segura que está muy feliz y orgullosa por este logró.

A cada uno de ustedes en verdad muchas gracias, éxito y bendiciones en su vida.

Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él. (Florence Nightingale).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Dedicatoria

A mis padres por su apoyo incondicional, por siempre apoyar cada una de mis decisiones Personales y académicas.

A mis hermanos por su paciencia y apoyo en todo momento, para continuar este caminar.

A mis queridos profesores por su entrega y dedicación durante esta formación académica.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

RESUMEN

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES ADULTOS CON DM TIPO 2.

LEP. MARINA DEL CARMEN OSORIO AQUINO[1], DRA. VALENTINA RIVAS ACUÑA[2], DRA. MARCELINA CRUZ SÁNCHEZ[3], DR. RENÁN GARCÍA FALCONI[4]

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Resumen: En 2017 se presentó una cifra de 245 millones de personas con Diabetes (DM) en el mundo. Se espera que para el 2045 exista un incremento del 48% lo cual nos daría 629 millones de pacientes **Objetivo:** Determinar la relación de la ansiedad, la depresión y la adaptación psicosocial de los pacientes con DMT2.**Material y Métodos:** El diseño seleccionado fue descriptivo y correlacional. La Población estuvo integrada por 103 adultos de 20 a 60 años de edad con diagnóstico de DMT2 que acudieron al CESSA. Maximiliano Dorantes. Con Muestreo probabilístico. **Resultados:** Se observa el 32% tiene ansiedad moderada y tan sólo el 68% presenta ansiedad baja, en cuanto a la depresión el 90.3% y el 9.7% no tiene depresión. Se encontró una negativa significativa entre ansiedad y cuidado de la salud (-3.57**, p=.000) lo cual nos indica entre mayor ansiedad hay mala adaptación. Se obtuvo una negativa positiva (-.642**, p=.000) entre ansiedad y ambiente laboral, es decir entre mayor ansiedad, la adaptación es mala. Se encontró una negación significativa entre depresión y ambiente laboral (.530**, p=.000) lo que indica entre mayor depresión mala adaptación. **Conclusión:** Los pacientes al perder la capacidad de afrontamiento caen en depresión y ansiedad puede ser leve, moderada o alta. Esto depende en gran medida del apoyo que reciban de sus familiares. La adaptación psicosocial que vive cada individuo varía de acuerdo al entorno en el que se encuentra, algunos cuentan con el apoyo de sus familiares pero, no cuentan con el recurso económico, otros tienen la facilidad económica pero, no cuentan con el apoyo de sus familiares, se tienen que adaptar a los nuevos cambios de su vida diaria, lo cual no es y no será nada fácil, sino cuentan con ningún tipo de ayuda.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Adaptación Psicosocial y Adulto mayor

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

SUMMARY

ANXIETY, DEPRESSION AND ADAPTACION PSYCHOSOCIAL IN ADULT PATIENTS WITH TYPE 2 DM.

LEP. MARINA DEL CARMEN OSORIO AQUINO[1], DRA. VALENTINA RIVAS ACUÑA[2], DRA. MARCELINA CRUZ SÁNCHEZ[3], DR. RENÁN GARCÍA FALCONI[4]

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Summary: In 2017 there was a figure of 245 million people with Diabetes (DM) in the world. It is expected that by the 2045 there will be an increase of 48% which would give us 629 million patients. **Objective:** To determine the relationship of anxiety, depression and psychosocial adaptation of patients with T2DM. **Material and Methods:** The selected design was descriptive and correlational. The Population consisted of 103 adults between 20 and 60 years of age with a diagnosis of T2DM who attended the CESSA. Maximiliano Dorantes. With Probability Sampling. **Results:** It is observed that 32% have moderate anxiety and only 68% present low anxiety, as for depression 90.3% and 9.7% do not have depression. A significant negative was found between anxiety and health care (-3.57 **, p = .000), which indicates that the more anxiety there is, the maladaptation. A positive negative (-.642 **, p = .000) was obtained between anxiety and work environment, that is, the greater the anxiety, the poor adaptation. A significant denial was found between depression and work environment (.530 **, p = .000), which indicates greater depression, maladaptation. **Conclusion:** When patients lose the ability to cope, they fall into depression and anxiety can be mild, moderate or high. This largely depends on the support they receive from their family members. The psychosocial adaptation that each individual experiences varies according to the environment in which they find themselves, some have the support of their relatives but do not have the economic resource, others have the economic ease but do not have the support of their relatives They have to adapt to the new changes in their daily life, which is not and will not be easy, if they do not have any kind of help.

Keywords: Anxiety, Depression, Adaptation Psychologic and elderly

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Introducción

Descripción del problema

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). La diabetes Mellitus (DM) es un padecimiento crónico degenerativo el cual aparece y ataca al organismo cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o el organismo no la utiliza adecuadamente. “El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre)”.

Algunos de los factores por los que se puede llegar a desarrollar la DM son: falta de actividad física, sedentarismo, alimentación, hereditaria. La DM es ocasionada por el déficit de insulina que secreta el páncreas, el cuerpo no puede metabolizar las bajas cantidades de azucares. Afectando carbohidratos, proteínas y grasa. (Velasco et al.,2014)

En el 2017 se presentó una cifra de 245 millones de personas con DM en el mundo. Se espera que para el año 2045 exista un incremento del 48% lo cual nos daría 629 millones de pacientes con esta patología. En el 2017 China fue el país que registró un mayor número de adultos con diabetes, con 114 millones de afectados, seguido de la India y Estados Unidos, con 73 y 30 millones respectivamente. México ocupa el quinto lugar con 12 millones de adultos con DM de 20-79 años de edad (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2017).

En Tabasco se presentó un 9.35 % de adultos mayores de 20 años con diagnóstico de DM (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012). Se calcula que la depresión afecta a unos 350 millones de individuos a nivel mundial y de cada 20 personas una notifico haber presentado un suceso de depresión en el año previo. Los pacientes que presentan ansiedad y depresión son los que menos realizan actividades físicas y cumplen con su dieta. La depresión y ansiedad se presentan en los pacientes que son diagnosticados con DM (Constantino et al.,2014).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

"La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza, se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo." Los pacientes con DMT2 presentan ansiedad debido a su patología, algunos estudios han revelado que si el paciente logra controlar su estado de ansiedad le ayuda en el control de su glucosa en sangre, lo cual le beneficia en su estado de salud. Puede presentar algunos beneficios como: interés por consumir sus medicamentos adecuadamente, por actividades físicas y una buena alimentación. Rivas-Acuña et al (2011). En el 2015 a nivel global el 3.6% de la población presentó ansiedad y 4.4% depresión. Las mujeres son las principales en presentar estos trastornos. (OMS/ Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2017).

Los pacientes diagnosticados con DMT2 sufren ansiedad y depresión al recibir la noticia ya que su vida tendrá un gran cambio debido a su patología, algunos pacientes pueden presentar algunas complicaciones serias como: ceguera, neuropatía y nefropatía, además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las instrucciones que el médico les proporciona en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa. Rivas-Acuña et al (2011). Para la OMS, 2016 la depresión es un trastorno crónico que se clasifica en leve, moderada o grave. Cuando la persona presenta depresión leve puede ser atendido por profesional capacitado sin necesidad de medicamentos pero, cuando es moderada o grave tiene que ser medicado y tratado por especialistas. La persona esta triste, sin ánimo, baja autoestima, insomnio, cansado, sin apetito. Su rendimiento escolar o laboral se ven afectados y puede llegar atentar contra su propia vida.

La depresión afecta a más de 350 millones de personas a nivel mundial, con una prevalencia que oscila entre 3.3 % y 21.4%. La OMS, anuncia que para el 2030 la depresión será

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

la primera causa de discapacidad. Actualmente es la segunda causa de discapacidad, los grupos vulnerables son las mujeres ocupan el primer lugar y los hombres el quinto lugar en depresión. Se ha transformado en una prioridad de vigilancia a nivel global. La depresión se presenta generalmente en asociación con enfermedades crónicas, y es más frecuentemente asociada con la DM. La depresión clínica según los datos, se asocia entre un 13% y 18% de las personas con DMT2 respectivamente. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada [CNEMI], 2017)

"La adaptación a las enfermedades crónicas es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas" (Federación Mexicana De Diabetes [FMD] ,2017). Las personas que son diagnosticadas con una enfermedad crónica degenerativa desconocen cómo enfrentarse y continuar con su vida ante dicha situación, les cuesta adaptarse a su padecimiento patológico o problemas actual. Pero tiene que lograrlo para poder continuar en este ámbito o su vida se deteriorara notablemente (Farroñan et al., 2014)

La diabetes es un factor de riesgo focal que estimula la ansiedad y depresión que representa el estímulo contextual. Estos cambios emocionales afectan con una extensa diversidad de consecuencias negativos. Esto tiene un impacto en la vida de los pacientes, ya que las condiciones emocionales influyen en el comportamiento del estilo de vida. Lo que ocasiona buena o mala adaptación. (Martínez et al.,2014).

En la presente investigación se trabajó con el modelo de adaptación Psicosocial de Sor Callista Roy. Considero que la teoría es la adecuada para este trabajo, ya que cuenta con los puntos que se van a trabajar. Para Roy, la adaptación es el proceso y resultado por lo cual los individuos, que tienen pensamiento crítico y de sentir, como individuos o miembros de algún

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

grupo, son sensatos y eligen la unión del ser humano con su entorno. “Más allá de ser un sistema humano que simplemente lucha para responder ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno”. (Raile et al., 2010)

Roy considera que los cambios del individuo funcionan como un todo y están en constante interacción con su entorno. La teorista admite que las personas están expuestos a constantes cambios internos o externos los cuales producen respuestas adaptativas adecuadas o inadecuadas. El modelo muestra las respuestas adaptativas del ser humano que envuelven habilidades, destrezas, conocimientos y compromiso, que pueden ser analizados y observados en la conducta (Roy et al., 1999, p. 35). Se considera que la adaptación es un proceso que promueve la integración, desde esta teoría se puede apreciar la adaptación fisiológica, psicológica y social de los pacientes con diabetes. Rivas (2016).

Por los antes mencionado se formuló la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación de ansiedad, depresión y adaptación psicosocial que presentan las personas diagnosticadas con DMT2?

Objetivo General

Determinar la relación de la ansiedad, la depresión y la adaptación psicosocial de los pacientes con DMT2.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los participantes

Evaluar los niveles de ansiedad y depresión que experimentan los pacientes con DMT2

Describir los síntomas de la depresión de los pacientes con DMT2

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Marco teórico

En el presente trabajo se abordó la teoría de Sor Callista Roy Adaptación Psicosocial. Este modelo se utiliza como parte del plan de estudios de algunos programas de licenciatura, maestría y doctorado de enfermería. La influencia del modelo de Roy sobre la investigación enfermera se pone de manifiesto a través de los numerosos estudios de investigación cuantitativa y cualitativa que ha guiado.

Para el proceso de este trabajo se tomaron los conceptos de la teoría de la persona como sistema adaptativo. Esta teoría es derivada del modelo de adaptación de Sister Callista Roy. Los conceptos usados del modelo de adaptación de Roy (MAR) son: el estímulo focal, contextual y respuestas adaptativas.

Modelo de Adaptación de Roy

"Roy describió a la persona como: el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (Relacionador y Regulador) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia)" (Rivas, 2016).

Los sistemas humanos tienen pensamientos y sentimientos, capacidades arraigadas en la conciencia con procesos de afrontamiento que actúan para mantener la adaptación y promover la evolución del individuo y su entorno.

Para mantener la relación de los fragmentos y la integridad, los sistemas son percibidos como entradas o estímulos (focal, contextual, residual), procesos de control, es decir los procesos

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco México.

de afrontamiento (regulador y cognitivo) y salidas o conductas percibidas a través de los modos: fisiológico, auto concepto, desempeño del rol e interdependencia.

Entradas. El MAR detalla tres clasificaciones de estímulos que crean el entorno. Un estímulo es determinado como el que induce una respuesta. Los estímulos descritos en el modelo se presentan a continuación: a) focal, es el estímulo interno o externo al que es al que se expone el individuo de manera inmediata; la actitud o suceso presente en ese momento es la conciencia. El estímulo focal estará representado por la DMT2, debido a que las personas diagnosticada tienen que enfrentarse diariamente con los regímenes terapéuticos que les impone la enfermedad para tratar de mantener estable; b) contextuales, son todos los estímulos que se manifiestan en una situación con ayudan del efecto del estímulo focal. Se refiere a los elementos del entorno que aparecen en el interior o exterior de la persona sin convertirse en el centro de su atención o energía, pero que afectan la situación. Estos factores influirán en cómo el sistema humano puede afrontar con el estímulo focal. Los estímulos contextuales, representados por la adaptación, la ansiedad y depresión enfatizan que una respuesta determinada (depresión o ansiedad) puede actuar como entrada al sistema.; y c) residual, son los factores del ambiente internos o externos cuyos efectos no son claros en la conducta de los sistemas humanos (Rivas, 2016).

Los procesos de afrontamiento «son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno» (Roy y Andrews, 1999, p. 31). Los mecanismos innatos de afrontamiento en este estudio están representados por la DMT2. Los mecanismos de afrontamiento adquiridos, se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Todo lo que adquiere el individuo para mejorar su salud, el control de su ansiedad y depresión y poder alcanzar una adecuada adaptación. (Raile et al., págs. 335- 357, 2010).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Este trabajo utilizó el MAR, quien considera que la persona es vista como un sistema adaptativo. Un sistema es un conjunto de partes conectadas que funcionan como un todo para un propósito determinado debido a la interdependencia de sus partes. Roy describe a los seres humanos en términos de sistemas adaptativo holísticos. (Raile et al., págs. 3353572010).

Artículos Relacionados

Rivas-Acuña et al (2011), realizaron un estudio Descriptivo transversal, con el Objetivo. Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Con 100 pacientes diagnosticados con DMT2, en el CESSA de Tamulte Delicias. El promedio de edad fue de 56.15 años de edad; el 55% son del sexo femenino y 44% del sexo masculino, en relación al nivel de ansiedad y depresión el sexo masculino sobresale con un estado de ansiedad alto de 54.5% y 50.9% en el sexo femenino. Concluyendo que el 47.3% del sexo femenino padece depresión media y 40.9% el sexo masculino.

En el 2016, Zamora- Vegas et al. Realizaron un estudio transversal analítico. Con el objetivo de estimar la asociación entre la depresión y la pérdida de audición en pacientes con diabetes tipo 2. Se invitó a participar a 150 pacientes con DMT2 y sin DMT2 que acudieron a su cita programada en la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social a lo largo de 12 meses. El 21.3 % de los pacientes con diabetes (n = 16) presentó depresión (cuestionario de Beck ≥ 12 puntos). El riesgo de depresión en los sujetos que tuvieron hipoacusia y diabetes fue de 3.44 (intervalo de confianza [IC] al 95 % = 1.05-11.2). En los sujetos con diabetes que tenían un nivel socioeconómico bajo, la razón de momios (RM) fue de 3.7 (IC al 95 % = 1.19-12.03).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Azzollini, Bail, Vidal, Benvenuto &Ferrer (2015). Realizaron un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal con el objetivo de identificar la relación entre la depresión y la ansiedad con las estrategias de afrontamiento y la adhesión al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a consultorios externos de hospitales públicos del GCBA. Su población fue 123 pacientes diagnosticados con DMT2. Un 68% eran mujeres, el promedio de edad fue de 58,03 años (D.E.: 9,8), con un promedio de 8, 23 años desde el diagnóstico (D.E.: 11,5). la depresión y ansiedad en los pacientes con diabetes tipo 2 correlacionan positiva y signicativamente entre sí (r = .41 y p <0.01) y en forma negativa con las estrategias activas de afrontamiento (depresión con: afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (r= -.53 y p< 0.001) y a la emoción (r =-.48 y p <0.01), afrontamiento conductual dirigido a la situación (r=.36 y p< 0.05 y a la emoción (r= -.67 y p< 0.001); ansiedad con: afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (r= -.59 y p<0.001) y a la emoción (r=-.71 y p<0.001).

El objetivo de investigación de Constantino, Bocanegra, León & Díaz, (2014) fue Estimar la frecuencia de Ansiedad y Depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital de Chiclayo. Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 270 pacientes diabéticos tipo 2 entre 19 a 60 años que acudieron al consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Se hallaron 156 (57,78%) pacientes con depresión y 176 (65,19%) con ansiedad. No hubo asociación entre el control glicémico y depresión (RP = 0,94, IC95% 0,83-1,07, p >0,05) y ansiedad (RP = 0,95, IC95% 0,77-1,16, p >0,05).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Palacio- Alpeitia en el (2014) realizó un estudio observacional y transversal con el objetivo de Identificar la precepción del nivel apoyo social y el grado de depresión que presentan pacientes con diagnóstico de DM2 en el turno matutino de la consulta externa de medicina familiar del Centro Médico. Se incluyeron 126 pacientes 60% femeninos y 40% masculino con diagnóstico de DM2 los cuales acuden a control a la consulta externa de medicina familiar turno matutino del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos y que son mayores de 20 años. Se encontró que el 45% de los Pacientes estudiados no estaban deprimidos y el 55 % presentaban un grado de depresión. 21.4% presento depresión leve, 19% moderada y 30.9 grave.

La presente investigación es un estudio cualitativo con abordaje metodológico de caso, sobre el "proceso de adaptación, según modelo de Roy en pacientes adultos con diabetes mellitus 11 en un hospital de chiclayo, 2014"cuyo objetivo es caracterizar y comprender el proceso de adaptación, según modelo de roy en pacientes adultos con diabetes mellitus II. La población investigada estuvo constituida por adultos con diabetes mellitus 11 que se encontraron hospitalizados en medicina mujeres y medicina varones del hospital regional docente las mercedes. La muestra se seleccionó por saturación y redundancia, que estuvo conformada por 13 personas hospitalizadas siendo de ellos 8 mujeres y 5 varones, cuyas edades se encuentran entre 40 y 60 años. Finalmente concluimos que los Adultos con DMII se adaptan en el proceso de adaptación transitando por los diversos modos de adaptación. (Farroñan et al 2014)

Definición de términos

Ansiedad: Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (Guía de práctica clínica,

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

[GPC], 2010). Sera medida con el (IDARE) Inventario de la ansiedad rasgo-estado. Evaluá la frecuencia, Dos escalas separadas de autoevaluación para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad; (1) ansiedad-rasgo y (2) ansiedad-estado. Ansiedad: estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento), y Rasgo (cómo se siente generalmente). Autor: Spielberger, Charles D.; Díaz Guerrero, Rogelio. 1970

Ansiedad: Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) Ansiedad baja, Ansiedad moderada y Ansiedad alta.

Depresión: Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2018).será medida con el (CES-D) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Evalúa la frecuencia y duración de los síntomas depresivos durante la semana anterior a la aplicación.
Fue desarrollado por Radloff L. 1977.

Depresión: (CES-D). Evalúa la frecuencia y duración de los síntomas depresivos durante la semana anterior a la aplicación.

Adaptación psicosocial: Es una medida que representa el nivel de ajuste del paciente a los cambios que conlleva la enfermedad (Alvarado, Guerra, Cupil, Calderillo & Oñate, 2011). Se medirá con el (PAIS-SR), para la adaptación psicosocial, diseñada por Derogatis con siete dimensiones (1986).

Adaptación Psicosocial: El PAIS-SR es un instrumento diseñado para cuantificar y evaluar la adaptación psicosocial y social de los pacientes a la enfermedad.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Capitulo II
Metodología

En este capítulo se describe el diseño de investigación, la población, muestreo y muestra; los criterios de inclusión y exclusión y la selección de los participantes. Al igual que el procedimiento de recolección de datos, los instrumentos, las consideraciones éticas legales y el plan de análisis de datos.

El diseño seleccionado fue descriptivo y correlacional. La Población estuvo integrada por 103 adultos de 20 a 60 años de edad con diagnóstico de DMT2 que acudieron al CESSA. Maximiliano Dorantes. El Muestreo, probabilístico.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión.

*Se incluyeron a los adultos de 20 a 60 años, hombres y mujeres. En este rango de edad de acuerdo a los resultados de la (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT- MC], 2016) en donde se reporta que el total de la población mayor de 20 años vive con Diabetes Y a los 60 años aumenta. Se encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, esto en base a un diagnóstico previo de la enfermedad.

*Adultos de 20 a 60 años que asistan al CESSA. Maximiliano Dorantes.

*Adultos de 20 a 60 que sean diagnosticados con DMT2.

*Adultos de 20 a 60 que tengan más de 6 meses con el diagnóstico.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Exclusión.

*Mujeres embarazadas. Se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas (Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera y López, 2013).

*Adultos que presenten alguna discapacidad visual, auditiva, motora y de lenguaje.

*Adultos que no tenga control de la Glucemia Capilar.

*Adultos que presenten alguna adicción (Alcoholismo, Antidepresivos, Nicotina)

*Mujeres en periodo de lactancia. Se reporta una incidencia de 29% de síntomas depresivos. El análisis mostró que el contacto piel con piel y el inicio precoz del amamantamiento están asociado significativamente con la ausencia de sintomatología depresiva postparto. (Dois et al., 2013)

Selección de Participantes

Los participantes de este estudio fueron seleccionados a partir del censo de la población con DMT2, edad de 20 a 60 años. Se realizó una revisión y depuración de pacientes de cada consultorio del turno Matutino en el CESSA. Dr. Maximiliano Dorante, que cumplieron con los criterios de inclusión. La selección de los participantes mediante muestreo aleatorio simple se realizó con la ayuda del programa SPSS versión 21, para contactar a los sujetos que resultaron seleccionados se estableció el día que el participante acudía a la cita de control programada en la agenda médica. Se le explicó el objetivo del estudio y se le solicitó su participación voluntaria de forma verbal y escrita mediante el formato de consentimiento informado (Apéndice A). Una

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

vez que el participante aceptaba colaborar voluntariamente en el estudio, se realizaba la entrevista o se establecía una cita en la fecha y hora señalada por el participante. Vía telefónica se les recordaba la cita para asegurar su asistencia a la entrevista.

Procedimiento de Recolección de la Información

La recolección de datos se realizó por el investigador principal y 2 auxiliares de investigación; uno con grado de especialista y dos licenciados en enfermería estudiantes de maestría quienes recibieron entrenamiento previo durante dos días donde se les informó acerca del estudio en general y contenido de los instrumentos que fueron responsables de aplicar; se les informó los posibles riesgos o crisis que pudieran surgir con cada entrevistado además de tener elementos para responder a las dudas de los participantes. Los datos se colectaron previa autorización de las autoridades correspondientes del CESSA. Las entrevistas se realizaron en la institución de salud en un área física donde la privacidad del sujeto fue respetada, en el auditorio de la institución. Los instrumentos se aplicaron en un solo momento y se estimó un tiempo de 40 minutos para la aplicación de los instrumentos. El orden de aplicación fue el siguiente: durante la entrevista, primero se preguntaron los datos sociodemográficos, clínicos y posteriormente se inició con la aplicación de los instrumentos que miden las variables principales del estudio. Cada cuestionario se leyó solicitando una respuesta sobre la base de la escala.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Instrumentos y Mediciones

Se trabajó con los siguientes instrumentos. La descripción de los instrumentos de Ansiedad, Depresión, Adaptación Psicosocial, Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS). La ansiedad fue medida a través del Inventario de Ansiedad: Estado (IDARE) forma SXE versión en español de "The Scale of State-Trait Anxiety Inventory" (STAI) desarrollada por Spielberg & Díaz (2002), con el objetivo de medir el grado de ansiedad experimentada. Este inventario contiene 20 reactivos en forma de afirmación; cada respuesta recibe una puntuación que va de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre), el puntaje posible es de 20 a 80 puntos. Las puntuaciones más altas indican mayor ansiedad. De acuerdo a las normas del IDARE se clasificó la ansiedad en: baja (20-31 puntos); moderada (32-49 puntos) y alta (50-80). Adicionalmente se realizaron índices de 0 a 100 para facilitar los análisis estadísticos posteriores. El IDARE posee una confiabilidad de .83 a .92 en población mexicana de estudiantes de nivel bachillerato y universitarios, también se ha utilizado en pacientes de obstetricia, de medicina general, cirugía y psiquiátricos. Solo se trabajó la Ansiedad: Estado. (Apéndice B).

Para medir la depresión, se utilizó la versión en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos "The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale" (CES-D). La CES-D evalúa la frecuencia y duración de los síntomas depresivos durante la semana anterior a la aplicación. Este instrumento ha sido usado para el escrutinio de depresión en ambientes clínicos y comunitarios (Radloff, citado en Clarck, Mahoney, Clark & Eriksen, 2002). Está compuesta de 18 reactivos, con una escala de respuesta tipo likert de cuatro puntos que va de raramente o ninguna vez (0) a la mayor parte del tiempo (3). El puntaje posible es de 0 a 54 puntos. Una puntuación de 16 o mayor es considerada como depresión. Además, se realizaron índices de 0 a 100. Esta escala ha sido utilizada en México en población de

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

adolescentes (Aguilera-Guzmán, Carreño & Juárez, 2004), y en mujeres (Salgado & Maldonado, 1994) tiene un coeficiente alpha de Cronbach de 0.84 y 0.92 (Apéndice C).

La adaptación psicosocial, se midió con la escala de adaptación psicosocial a la enfermedad auto-reporte. The psychosocial adjustment to illness scale. Self-report (PAIS-SR) desarrollada por Derogatis (1986). Con este instrumento se midieron los modos de función del rol e interdependencia. En este estudio se utilizó la versión traducida y adaptada al español de este instrumento por Cruz, Cruz Ríos (2003). El PAIS-SR es un instrumento diseñado para cuantificar y evaluar la adaptación Psicosocial de los pacientes a la enfermedad. Contiene 46 reactivos y requiere 20 minutos para su aplicación. Tiene siete secciones y cada una tiene sus ítems: **Cuidado de la salud:** Orientación general de la salud, trastorno de salud presente, actitud general hacia la medicina y los médicos, actitud hacia el tratamiento actual y los médicos, trastorno de las expectativas del paciente, trastorno de información del paciente, expectativas del paciente-tratamiento y información del paciente-tratamiento. **Ambiente Laboral:** discapacidad profesional, evaluación del desempeño profesional, tiempo perdido en el trabajo, inversión profesional, metas profesionales, conflictos interpersonales. **Ambiente familiar:** calidad de las relaciones- cohabitante principal, calidad de las relaciones- convivientes adicionales, discapacidad doméstica, adaptación familiar, comunicación familiar, postura de dependencia, discapacidad física, recurso financiero. **Relaciones Sexuales:** Calidad de las relaciones interpersonales y sexuales, interés sexual, frecuencia actividad sexual, satisfacción sexual, disfunción sexual, conflicto interpersonal-sexual. **Relaciones con la Familia Extensa:** comunicación, interés de interacción, dependencia física, dependencia social, calidad de la relación. A**mbiente Social:** interés de ocio individual, interés de actividad individual, interés de ocio familiar, interés de actividad familiar, interés de ocio social , interés de actividad social y **distrés psicológico:** ansiedad, depresión, hostilidad, culpa, preocupación, autoevaluación, distorsión de la imagen corporal. Cada pregunta tiene cuatro grados de respuesta

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

del inciso “a” = (0 puntos) al inciso “d” = (3 puntos). La puntuación de las preguntas 2, 4, 6 y 8 de cada sección se revierten; el rango total es de 0 a 138 puntos. Las puntuaciones por cada escala deben ser transformadas a puntuaciones T para cada escala y posteriormente transformarse para obtener la puntuación total del PAIS-SR de acuerdo a la Norma CC del Manual II de Procedimientos para la Administración y Puntuación del PAIS-SR (Derogatis & Derogatis, 1990, p. 56-57). Las puntuaciones finales del PAIS-SR son de 30 a 80. Puntuaciones $\geq$ 62 son considerados niveles clínicos de mala adaptación psicosocial. Bajas puntuaciones denotan mejor adaptación. Este procedimiento se utilizó únicamente para categorizar la buena o mala adaptación. Para fines de este estudio y guardar el sentido positivo con el resto de las mediciones, se invirtieron los valores de cada reactivo para obtener un índice de 0 a 100 donde a mayor puntaje, mejor adaptación. Los coeficientes de confiabilidad para la PAIS-SR es de 0.81 en adultos con diabetes mellitus (Apéndice F). Una vez convertidos los instrumentos de SCS y PAIS a una escala de 0 a 100, se promediaron para representar el índice de adaptación psicosocial. Su coeficiente de confiabilidad es de 0.81. (Apéndice D).

Para la medición de las variables sociodemográficas se utilizó una cédula de identificación (Apéndice H) en donde se solicitó información sobre la edad en años, sexo, años de escolaridad, estado marital (con o sin pareja), número de hijos, ocupación, ingreso familiar mensual y situación laboral. Se incluyeron también algunas variables clínicas como tiempo de evolución de la diabetes, tratamiento, apoyo de sus familiares (Apéndice E).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Consideraciones Éticas

Este trabajo se realizó con base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, específicamente en lo que establece el titulo segundo, capítulo I, artículos: artículo 13, 14 fracción: 1,3,4 v, art.16,17 frac 2, art. 18, 20,22. .

Para dar respuesta a estos artículos se solicitó el consentimiento informado en el cual se indica que esta investigación es de riesgo mínimo, que en el momento que el participante lo desee puede retirarse, que sus datos serán confidenciales y que la información solo será utilizada para fines científicos.

Capítulo 1, artículo 13: Se tuvieron en cuenta normas de respeto para con el paciente durante el proceso de la entrevista del mismo así como las actividades realizadas al momento del estudio. Con lo citado en dicho artículo en la que indica que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Capítulo I, Artículo14, Fracción V: Contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Fracción VI: Fue realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Fracción VIII: Se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Capítulo 1, artículo 16: Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo Cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Capítulo 1, artículo 17: Se considera investigación con riesgo mínimo, por lo cual se procuró la integridad de los sujetos a estudio, para prevenir daños inmediatos o de tardía duración según confiere el artículo 17 del capítulo uno el cual considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Fracción I: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Capítulo 1, artículo 18: Se suspéndera la investigación de inmediato, al ocasionar algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, sera suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Capítulo 1, artículo 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Capítulo 2, artículo 29: Se obtuvo la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

informado de los Individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este Reglamento.

Plan de tabulación y análisis de datos Los datos

Se procesó según el programa estadístico SPSS Statistical Package for The Social Science. Se utilizó la estadística descriptiva para la descripción y sintetización de los datos mediante las distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central las cuales son moda, mediana, media y desviación estándar, para determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y adaptación en la población estudiada expresando en porcentaje para su mejor entendimiento y resumir los datos en dicho estudio. Para la presentación de los resultados se elaboraron tablas y gráficos para su sintetización e ilustración (versión 21). El nivel de significancia para todos las pruebas estadísticas tiene que ser igual o menor a .05. El coeficiente no paramétrico de Spearman se utilizó para conocer la relación entre las variables principales del estudio.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos, se inicia con una descripción de las características demográficas de los participantes, los coeficientes de confiabilidad de cada instrumento, seguido de la estadística descriptiva de las variables de estudio. Finalmente, se describen los resultados correlacionados.

Características Sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 103 participantes con un promedio de 40 años de edad (DE= 11.50; 20-60), de los cuales el 51.5 % pertenece al sexo masculino, 59.2% se encuentra casado, obteniendo un promedio de 2 hijos (*DE*= 1.45). El promedio de escolaridad fue de 10 años (*DE*= 4.59), el 17.5% son profesionistas, 6.8 % se encuentran desempleados y un 33% son empleados.

Los coeficientes de confiabilidad de (Alpha de Cronbach) de los instrumentos se reportan en la Tabla 1 donde el instrumento de la Escala del Inventario de Ansiedad: Rasgo IDARE con una confiabilidad .82, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D tiene un coeficiente de .85 y la escala de adaptación psicosocial a la enfermedad auto-reporte PAIS-SR su coeficiente es de .93. La consistencia interna de los dos instrumentos se considera aceptables. Ver tabla 1.

Tabla 1. *Confiabilidad de los instrumentos*

Instrumentos	Reactivos	*Coeficiente*
Inventario de Ansiedad Rasgo	1-20	*.82*
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	1-18	*.85*
Escala de la Adaptación Psicosocial a la Enfermedad- Autoreporte	1-46	*.93*

Nota: IDARE, CES-D, PAIS-SR *n* = 103

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

En preparación al análisis estadístico se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables continuas involucradas en el estudio: edad, años con la enfermedad, núm. de hijos, ansiedad, depresión y adaptación psicosocial. Se observa que los pacientes presentan un promedio de edad de 43.34 (DE=12.8;), el promedio de ansiedad es 39.98 (DE= 8.6), el puntaje de depresión 20.93 (DE=4.5), el cuidado de la salud 78.56 (DE=4.1), el ambiente laboral 73.89 (DE= 6.6) y las relaciones sexuales 68.17 (DE= 7.2). Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov indican que los datos no presentaron distribución normal ($p < .05$), por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica. Ver tabla 2.

Tabla 2. *Estadística Descriptiva y Prueba de Kolmogorov- Smirnov*

Variable	*X̄*	*DE*	*Mdn*	Valor Mínimo	Valor Máximo	*D*	Valor de *p*
Edad	43.34	12.8	40.00	20	81	.107	.188
Años con la Enfermedad	7.23	8.4	4.00	1	62	.247	.000
Núm. de Hijos	2.23	1.4	2.0	0	9	.184	.002
Ansiedad	39.98	8.6	38.0	24	61	.126	.074
Depresión	20.93	4.5	20.0	12	31	.120	.103
Cuidado de la salud	78.56	4.1	80.0	60	80	.425	.000
Ambiente laboral	73.89	6.6	77	57	80	.223	.000
Ambiente familiar	75.10	5.3	78	64	80	.221	.000
Relaciones Sexuales	68.17	7.2	68	50	78	.141	.032
Relaciones con la familia extensa	76.33	3.9	78	66	80	.267	.000
Ambiente Social	70.20	7.4	66	56	80	.248	.000
Distrés Psicológico	66.89	6.7	16.0	7	21	.193	.001
TOTAL	3.34	3.34	80.00	64	80	.508	.000

Nota: CDS, IDARE, CES-D, PAIS-SR *n=103*

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

En la tabla 3. Se observa el 32% tiene ansiedad moderada y tan sólo el 68% presenta ansiedad baja, en cuanto a la depresión el 90.3% y tan sólo el 9.7% no tiene depresión. La ansiedad estado fue la que se trabajó en este estudio ya que lo que queríamos conocer era como se sentía el paciente en ese momento. Ver tabla 3.

***Tabla 3**. Distribución de frecuencias de nivel de ansiedad y depresión*

Ansiedad	*f*	*%*
Ansiedad baja	70	68.0
Ansiedad moderada	33	**32.0**
Depresión		
Sin depresión	10	9.7
Con depresión	93	**90.3**

Nota: IDARE, CES-D *n*=103

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

A continuación podemos apreciar cada una de las dimensiones del PAIS, en donde todos los participantes presentaron mala adaptación en las dimensiones ambiente doméstico y relaciones con la familia extensa, tan sólo el 24.3% presento una buena adaptación en la dimensión relaciones sexuales. Podemos apreciar que los participantes no tienen una buena adaptación en las siete dimensiones. Ver tabla 4

Tabla 4.- *Dimensiones de la escala de adaptación psicosocial a la enfermedad.*

Dimensiones	Mala adaptación		Buena adaptación	
	f	*%*	*f*	*%*
Ambiente Doméstico	103	100	-	-
Relaciones con la Familia Extensa	103	100	-	-
Orientación del Cuidado a la Salud	101	98.1	2	1.9
Ambiente Laboral	97	94.2	6	5.8
Ambiente Social	88	85.4	15	14.6
Distress Psicológico	82	79.6	21	20.4
Relaciones Sexuales	78	75.7	25	24.3

Nota: Escala de adaptación psicosocial a la enfermedad (PAIS-SR) *n*= 103

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

A continuación se presentan afirmaciones que obtuvieron altos puntajes de depresión. Las personas se sienten tristes (56.3%), (64.1%) molestos, fracasados (52 %) y (59%) deprimidos a pesar de contar con el apoyo de familiares. Ver tabla 5.

Tabla 5. *Afirmaciones de puntajes altos de depresión*

Ítems	Raramente o ninguna vez (menos de 1 día)	
	f	*%*
Sentía que no podía quitarme la tristeza aún con la ayuda de mi familia	66.0	**56.3**
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	58.0	**64.1**
Pensé que mi vida había sido un fracaso	57.3	52.4
Me sentía deprimido(a)	54.0	59.0

Nota: CES-D *n*=103

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

A continuación podemos apreciar algunas de las dimensiones del instrumento PAIS-SR que confirman los altos índices de la mala adaptación en los pacientes. El 47.7% refiere que se olvida de su cuidado ya que se encuentran ocupados o se les olvida, 39.8% dice que no obtiene la información adecuada de su enfermedad. 67% refiere haber perdido tiempo en su trabajo debido a su enfermedad, 27.2% ha tenido que cambiar su estilo de vida debido a su enfermedad.45.7% han presentado problemas en su trabajo y hogar, 36.9% han tenido problemas económicos, 62.1% se han preocupado por su enfermedad que su libido ha disminuido y el 56.3% se sienten preocupados por su apariencia física. Ver tabla 6

Tabla 6. Aspectos que limitaron la adaptación por dimensiones

Ambiente doméstico	*f*	*%*
Trato de cuidar de mí mismo, pero se me olvida o estoy cansado (a) u ocupado (a).	49	**47.6**
Cada persona asume una actitud diferente con respecto al hecho de estar enferma.	49	**47.6**
Algunos pacientes sienten que no reciben suficiente información y detalles de sus doctores y del personal médico acerca de su enfermedad.	41	39.8
Los pacientes reciben diferente cantidad de información sobre su tratamiento.	43	41.7
Relaciones con la familia		
Ha perdido tiempo de su trabajo (escuela) debido a su enfermedad?	69	**67**
Ha tenido que cambiar las metas relacionadas con su trabajo (educación) como resultado de su enfermedad?	28	**27.2**
Ha notado que los problemas con sus compañeros de trabajo (estudiantes, vecinos) ha aumentado desde su enfermedad?	25	24.3
Ha interferido su enfermedad con su habilidad para realizar su trabajo	18	17.5
Orientación		
Presentaron problemas leves debido a su enfermedad en el trabajo y el hogar	47	**45.6**
Dificultades económicas	38	**36.9**
No siempre tengo toda la ayuda que necesito.	30	29.1
Relaciones sexuales		
Se ha preocupado mucho por su enfermedad o por otros asuntos	64	**62.1**
Ha estado un poco preocupado de que su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que lo (a) hagan menos atractivo (a)	58	**56.3**
Se ha sentido un poco enojado, irritable o ha tenido dificultad para controlar su temperatura	57	55.3

Nota: Escala de adaptación psicosocial a la enfermedad (PAIS-SR) *n*= 103

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Se realizó un análisis de correlación con el coeficiente de correlación de Spearman. Se observa una relación positiva significativa entre ansiedad y depresión (rs=.490**, p=.000) lo que nos indica entre menor sea la ansiedad, la depresión será mayor. Se encontró una negativa significativa entre ansiedad y cuidado de la salud (-3.57**, p=.000) lo cual nos indica entre mayor ansiedad hay mala adaptación. Se obtuvo una negativa positiva (-.642**, p=.000) entre ansiedad y ambiente laboral, es decir entre mayor ansiedad, la adaptación es mala. Se encontró una negación significativa entre depresión y ambiente laboral (.530**, p=.000) lo que indica entre mayor depresión mala adaptación. Se encontró una negativa significativa (-.486**, p= 0.000) entre la depresión y el cuidado a la salud, lo que nos indica entre mayor depresión mala adaptación en el ambiente laboral. Se obtuvo una negativa significativa entre depresión y relaciones sexuales (-.407**, p=.000) lo que nos indica entre mayor depresión menor es el libido. Ver tabla 7

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

***Tabla 7**. Matriz de correlación de Spearman de las variables de estudio*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.edad	1												
2.Años de estudio	-.331**	1											
3.Años con la enfermedad	.615**	-.451	1										
4.Ansiedad	.170	-.182	.302**	1									
5.Depresión	.117	-.130	.308**	**.490****	1								
6.Cuidado de la Salud	-.132	**.212***	-.218*	**-.357****	-.486**	1							
7.Ambiente laboral	-.433**	**.266****	-.406**	**-.642****	-.530**	.538**	1						
8.Ambiente familiar	-.422**	**.326****	-.451**	**-.633****	-.529**	.506**	.827**	1					
9.Relaciones sexuales	-.501**	**.384****	-.455**	**-.425****	-.407**	.407**	.735**	.780**	1				
10.Relaciones con la familia extensa	-.185	**.220***	-.208*	**-.312****	-.425**	.376**	.524**	.501**	.531**	1			
11.Ambiente social	-.293**	**.343****	-.376**	-.466**	-.512**	.438**	.715**	.705**	.683	.555**	1		
12.Distrés psicológico	-.195*	**.217***	-.243*	-.508**	-.378**	.478**	.645**	.660**	.484**	.473**	.575**	1	
13.índice PAIS	-.403**	**.362****	-.430**	-.605**	-.513**	.594**	.890**	.895**	.841**	.650**	.823**	.787**	1

**p*<.05 ***p*<.01

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Capitulo IV

Discusión

El análisis de los resultados de la presente investigación determina la ansiedad, la depresión y la adaptación psicosocial en pacientes adultos con DMT2. Finalmente, se muestran las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones. El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la ansiedad, depresión y adaptación psicosocial de los pacientes.

El objetivo primordial de MAR sustenta que las respuestas adaptativas ayudan a la salud. Para Roy la adaptación es un proceso que favorece al ser humano. La depresión y la ansiedad fueron los estímulos contextuales identificados en este estudio. La DMT2 el estímulo focal Las preocupaciones fueron consideradas como procesos cognitivos que representaron los procesos de afrontamiento. La adaptación psicosocial estuvo constituida por los modos de auto concepto y desempeño del rol e interdependencia.

La población presento ansiedad moderada, baja ansiedad y tan sólo con presencia de depresión se encuentra el 90.3%. En al estudio de Rivas et al. (2011). La ansiedad y depresión el sexo masculino sobresale con un estado de ansiedad alto. En el estudio de Zamora et al. (2016) el 21.3 % de los pacientes presentó depresión. En relación con el estudio de Azzollini, et. al (2015). La depresión y ansiedad en los pacientes con diabetes tipo 2 correlacionan positiva y signicativamente entre sí ($r = .41$ y $p < 0.01$) y en forma negativa con las estrategias activas de afrontamiento (depresión con: afrontamiento cognitivo dirigido a la situación ($r= .53$ y $p< 0.001$); ansiedad con: afrontamiento cognitivo dirigido a la situación ($r= -.59$ y $p<0.001$). En el estudio de Domínguez y Viamontes. Se constataron niveles altos de ansiedad y depresión en la mayoría de los sujetos, el (36 %) presento ansiedad y (30%) depresión. En el estudio de Martínez y colaboradores el 22 (62.9%) de los pacientes padecen depresión mínima y 24 (68.6%) presentan ansiedad leve, lo cual permite concluir que entre más ansiedad presenten los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayor es el riesgo de padecer depresión. La ansiedad que se mido

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

en los participantes fue la estado, que es la que mide el nivel de ansiedad que vive el paciente en ese momento

En el estudio de investigación cualitativa de Farroñan & Vidarte. Se concluyó que los Adultos con DMII se adaptan en el proceso de adaptación transitando por los diversos modos de adaptación. En el estudio de Nieto & Prada, los adultos maduros con diabetes mellitus tipo 2, con un tiempo de diagnóstico de 2 años se logran adaptar progresivamente a la enfermedad, debido que emplean mecanismos de afrontamiento eficaces poniendo en práctica esfuerzos cognitivos y conductuales para dicha adaptación, así mismo tratan de adaptarse a los cambios que se producen en ellos ya sean físicos y emocionales, teniendo como motivación la familia. En relación al estudio presentado encontramos una negativa significativa entre ansiedad y cuidado de la salud (-3.57**, p=.000) lo cual nos indica entre mayor ansiedad hay mala adaptación. Se obtuvo una negativa positiva (-.642**, p=.000) entre ansiedad y ambiente laboral, es decir entre mayor ansiedad, la adaptación es mala. Se encontró una negación significativa entre depresión y ambiente laboral (-.530**, p=.000) lo que indica entre mayor depresión mala adaptación. Se encontró una negativa significativa (-.486**, p= 0.000) entre la depresión y el cuidado a la salud, lo que nos indica entre mayor depresión mala adaptación en el ambiente laboral. Se obtuvo una negativa significativa entre depresión y relaciones sexuales (-.407**, p=.000) lo que nos indica entre mayor depresión menor es el libido. Por lo cual se sugiere que los pacientes diagnosticados con DM lleven su tratamiento adecuadamente, cuenten con el apoyo de sus familiares, realicen actividades recreativas, alimentación adecuada, la institución les provea sus medicamentos necesarios, tengan sus valoraciones médicas. Y responsabilidad del paciente y familiares para que el paciente lleve las indicaciones pertinentes y adecuadas para mantener una salud estable y poder evitar complicaciones.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Conclusión

En el estudio predominó el género masculino, con un rango de edad 20 a 60 años. Se obtuvo una ansiedad modera (32% y 90.3%) con depresión. Se observa una relación negativa significativa entre ansiedad y depresión (rs=.490**, p=.000) lo que nos indica entre menor sea la ansiedad, la depresión será mayor. Se encontró una negativa significativa entre ansiedad y cuidado de la salud (-3.57**, p=.000) lo cual nos indica entre mayor ansiedad hay mala adaptación. Se obtuvo una negativa positiva (-.642**, p=.000) entre ansiedad y ambiente laboral, es decir entre mayor ansiedad, la adaptación es mala. Se obtuvo una negativa significativa entre depresión y relaciones sexuales (-.407**, p=.000) lo que nos indica entre mayor depresión menor es el libido. Los pacientes al perder la capacidad de afrontamiento caen en depresión y ansiedad puede ser leve, moderada o alta. Esto depende en gran medida del apoyo que reciban de sus familiares. La adaptación psicosocial que vive cada individuo varía de acuerdo al entorno en el que se encuentra, algunos cuentan con el apoyo de sus familiares pero, no cuentan con el recurso económico, otros tienen la facilidad económica pero, no cuentan con el apoyo de sus familiares, se tienen que adaptar a los nuevos cambios de su vida diaria, lo cual no es y no será nada fácil, sino cuentan con ningún tipo de ayuda. Los cambios son difíciles y hay quienes no logran afrontar esos cambios y en lugar de obtener una buena calidad de vida, lo único que logran es déficit del cuidado así su propia persona.

Esto exhorta a los profesionales e investigadores de enfermería a continuar profundizando en el estudio de las variables ansiedad, depresión y adaptación psicosocial, así como a colaborar para realizar propuestas que ayuden a mejorar el cuidado brindado a los pacientes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Recomendaciones

Se recomienda que el profesional de enfermería realice más investigaciones con otros grupos poblacionales y realicen estudio de laboratorio para conocer el nivel de glucemia que presenta los pacientes.

Es recomendable utilizar otros instrumentos diferentes a los aquí utilizados, para evaluar de una manera más amplia la depresión, ansiedad y adaptación, para obtener una perspectiva diferente del cuidado.

Se recomienda realizar estudios de diseño cualitativo con la finalidad de conocer el significado que tienen los pacientes sobre el cuidado de su salud.

Realizar una intervención educativa, para que los pacientes obtengan más información acerca de los cuidados de su patología.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Referencias Bibliográficas

Alvarado-Aguilar, S.; Guerra-Cruz, H, G.; Cupil-Rodríguez, A, L.; Calderillo-Ruiz, G.; Oñate-Ocaña, L, F. (2011). Adaptación psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia o quimio radioterapia. Rev. Cirugía y Cirujanos.79 (5), 439-446. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/662/66221420008.pdf

Azzollini, S.; Bail- Pupko, V.; Vidal, V.; Benvenuto, A.; Ferrer, L. (2015). Diabetes tipo 2: depresión, ansiedad y su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas para la adhesión al tratamiento. *Anuario de investigaciones.* 22, 287-291. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944029

Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada. CNEMI (2017). Recuperado de: https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/31/Depresi%C3%B3n-en-personasque-viven-con-Diabetes-Mellitus

Constantino- Cerna, A.; Bocanegra-Malca, M.; León-Jiménez, F.; Díaz- Vélez, C. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. Rev. Medica herediana. 24 (4). Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338034009003

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J, G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, R. López, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas.*Rev. Salus Online. Vol. 17, núm. 2. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131671382013000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

Dois-C, A., Lucchini- R, C., Villarroel-D, Luis,. Uribe –t, C. (2013). *Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico.* Rev. chil. pediatr. vol.84 no.3. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000300006 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. ENSANUT-MC (2016). Diabetes. Recuperado de http://oment.uanl.mx/ultimas-cifras-de-diabetes-en-mexico-ensanut-mc2016/

Farroñan- Santamaría, P.E.; Vidarte- Acuña, D, L. (2014). *Proceso de adaptación, según modelo de Roy en pacientes adultos con diabetes mellitus ll en un hospital de Chiclayo, 2014* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo). Recuperado de http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/47/BC-TES-3664.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Federación Mexicana De Diabetes. FMD (2017). *Adaptación Psicosocial.* Recuperado de http://fmdiabetes.org/adaptacion-psicosocial/

Federación Internacional De La Diabetes. FID (2017). Recuperado de http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf

Guía de Práctica Clínica. GPC (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la ansiedad en el adulto.* Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

Universidad Autónoma de Tabasco. México

Instituto Nacional De Estadística y Geografía. INEGI (2012). Recuperado de https://es.statista.com/estadisticas/612458/paises-con-mayor-numero-de-personas-condiabetes/

Martínez-Hernández F., Tovilla-Zarate C.A., López-Narváez L., Juárez- Rojob I. E., Jiménez-Santos M.A., González-Gutiérrez C.P., Pool-García S. https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_101-106.pdf

Organización Mundial De La Salud. OMS (2018). *Depresión.* Recuperado de http://www.who.int/topics/depression/es/

Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión.* Recuperado de: https://www.who.int/topics/depression/es/

Organización Mundial de la Salud. OMS/ Organización Panamericana de la Salud OPS (2017) *Depresión y otros trastornos mentales.* Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. OMS (2018).*Diabetes.* Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Palacio-Alpeitia., S.L. (2014). *"Percepción de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y síndrome depresivo en la consulta externa de medicina familiar"* (Tesis Especialista, Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina) Recuperado de: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14534/411858.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raile- Alligood, M.; Marriner- Tomey, A. (2010). Modelos y teorías de enfermería. Barcelona, España: Elsevier.

Rivas- Acuña, V.; García- Barjau, H.; Cruz- León, A.; Morales-Ramón, F.; Enríquez- Martínez, R,M.; Román- Álvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud En Tabasco*. 17 (1y2). Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf

Rivas- Acuña, V. (2006). *Influencia de la preocupación, ansiedad y depresión en la diabetes mellitus tipo 2* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería). Recuperado de: http://eprints.uanl.mx/1749/1/1020154543.PDF

Velasco- Guzmán, B. J; Brena- Ramos, V, M. (Mayo-Agosto, 2014). Diabetes mellitus tipo 2: epidemiología y emergencia en salud. *Salud y administración*, 1 (2). Recuperado de http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A2_Diabetes_Mellitus.pdf

Zamora- Vega, O.; Gómez- Díaz, R, A.; Delgado-Solís, M.; Vázquez- Estupiñan, F.; Vargas-aguayo, A,M.; Wacher- Rodarte, N,H.(2016). Asociación entre depresión e hipoacusia en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54 (29. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457746954005

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ANEXOS

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un estudiante de la Maestría en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Entendiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre la, **Determinar de la Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en Pacientes Adultos con DM Tipo 2,** el cual tiene como objetivo Describir la influencia y analizar la adaptación psicosocial de los pacientes diabéticos y el nivel de ansiedad y depresión por el cual ellos están pasando en su vida diaria.

Entiendo así, que seré entrevistada en el lugar y horarios que me convengan. Se me harán algunas preguntas acerca de la Diabetes Mellitus. La entrevista durara de media hora a 1 hora. Entiendo que fui elegida para participar en este estudio porque soy un paciente con Diagnostico de DMT2.

He concedido libremente realizar esta entrevista, sabiendo que mi participación en el estudio no conlleva riesgo alguno para mí. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de haber iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que las respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna. También se me ha informado que tanto si participo o no participo, o si me declino a no responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de los prestadores de servicios de salud pública o social.

Cualquier duda o inquietud será aclarada por la L.E Marina del Carmen Osorio Aquino la cual puede ser localizada mediante una llamada por cobrar al número celular 99-33-85-73-01.

Habiendo quedado claro todos y cada uno de los puntos de este documento y al responder todas mis preguntas acerca del estudio doy mi consentimiento en la participación de estudio.

Firma de la participante: Firma del tesista:

_____ _____

Fecha:

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Apéndice B

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTÓNOMADE TABASCO
DIVISIÓN ACADEMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACION DE ENFERMERÍA
INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN POR

Ansiedad: Rasgo (IDARE)

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente utiliza para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el cuadro numerado que indique como se siente ahora mismo, ósea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplea mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Me siento canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser feliz como otros parecieran serlo	1	2	3	4
5. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
6. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
7. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
9. Me preocupa demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
13. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
14. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	1	2	3	4
15. Me siento melancólico (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molesta	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado.	1	2	3	4

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Apéndice C

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

División Académica De Ciencias De La Salud Universidad Juárez Autónoma De Tabasco

Coordinación De Estudios De Enfermería

Instrucciones:

Lea las frases que describen como pudo haberse sentido o comportado. Por favor marque el número que representa con qué frecuencia se ha sentido de esta manera.

	Raramente o ninguna vez (menos de 1 día)	Alguna o pocas veces (1 – 2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3 – 4 días)	La mayor parte del tiempo (5 – 7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito				
3. Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia				
4.Tenia dificultad en mantener mi ente en lo que hacia				
5. Me sentía deprimido				
6. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
7. Pensé que mi vida había sido un fracaso				
8. Me sentía con miedo				
9. Mi sueño era inquieto				
10. Estaba contento				
11. Hable menos de lo usual				
12. Me sentía solo				
13. La gente no era amistosa				
14. Disfruté de la vida				
15. Pasé ratos llorando				
16. Me sentí triste				
17. Sentía que yo no le caía bien (gustaba) a la gente				
18. No tenía ganas de hacer nada				

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Apéndice D

Cedula de Datos Sociodemográficos y clínicos

Nombre:

_____

Edad: _____ Años de estudios: _____ Ocupación: _____

Religión: _____ Núm. De hijos: _____

Estado Civil: _____ Cuenta con el apoyo de su familia: _____

Años con la enfermedad: _____ Tratamiento: _____

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

Apéndice E

Escala de adaptación psicosocial a la enfermedad

SECCIÓN I

(1).- ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actitud habitual con respecto al cuidado de su salud?

( ) a) Me preocupo mucho y presto gran atención a mi salud personal.
( ) b) La mayor parte del tiempo presto atención al cuidado de mi salud.
( ) c) Usualmente trato de cuidar mi salud, pero a veces simplemente no saco el tiempo para hacerlo.
( ) d) El cuidado de la salud es algo por lo que simplemente no me preocupo mucho.

(2).- ¿Su enfermedad actual probablemente requiere alguna atención especial y cuidado de su parte. ¿Por favor, seleccionar la opción que mejor describe su reacción? ( ) a) Hago las cosas bastante parecidas a como siempre las he hecho y no me preocupo o tomo ningún cuidado especial por mi enfermedad.
( ) b) Trato de hacer todas las cosas que se supone que haga para cuidar de mí mismo, pero muchas veces se me olvida o estoy demasiado cansado (a) u ocupado (a).
( ) c) Presto bastante atención a mi enfermedad actual.
( ) d) Presto minuciosa a mi enfermedad actual y hago todo lo que puedo para cuidarme.

(3).- En general, ¿cómo se siente acerca de la calidad del cuidado médica disponible hoy día y de los doctores que lo proveen?

( ) a) El cuidado médico nunca ha sido mejor y los doctores que lo proveen están rindiendo un trabajo excelente.
( ) b) La calidad del cuidado médico disponible es muy buena, pero hay algunas áreas que podrían mejorarse.
( ) c) El cuidado médico y los doctores no son de la misma calidad que antes. (
) d) No tengo mucha fe en los doctores y el cuidado médico de hoy día.

(4).- Durante su actual enfermedad, ha recibido tratamiento tanto de los doctores como del personal médico. ¿Cómo se siente acerca de ellos y del tratamiento que le han proporcionado?

( ) a) Estoy muy disgustado (a) con el tratamiento recibido y no creo que el personal haya hecho todo lo que podría hacer por mí.
( ) b) No me ha causado gran impresión que he recibido, pero creo que posiblemente es lo mejor que pueden hacer.
( ) c) El tratamiento ha sido bastante bueno en general, aunque ha habido algunos problemas.
( ) d) El tratamiento y el personal del tratamiento han sido excelentes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

(5).- Durante una enfermedad, cada persona espera algo diferente de la misma, y cada una asume una actitud diferente con respecto al hecho de estar enferma. Podría marcar abajo, por favor, la opción que mejor describa sus sentimientos?

( ) a) Estoy seguro (a) de que sobrepondré a la enfermedad y a sus problemas rápidamente y de que volveré a ser el mismo (a) de antes.

( ) b) Mi enfermedad me ha causado algunos problemas, pero siento que me sobrepondré pronto y que volveré a ser como era antes.

( ) c) Mi enfermedad realmente ha provocado una gran tensión en mí, tanto física como mental, pero me estoy tratando con todas mis fuerzas de sobreponerme y me siento seguro (a) de que volveré a ser el mismo (a) de antes uno de estos días.

( ) d) Me siento agotado (a) y muy débil por mi enfermedad y hay ocasiones en que no sé si realmente seré capaz de superarla.

(6).- Estar enfermo (a) puede ser una experiencia confusa y algunos pacientes sienten que no reciben suficiente información y detalles de sus doctores y del personal médico acerca de su enfermedad. Por favor, seleccione abajo la opción que mejor describa sus sentimientos al respecto.

( ) a) Mi doctor y el personal médico me han hablado muy poco acerca de mi enfermedad, aunque he preguntado más de una vez.

( ) b) Tengo alguna información acerca de mi enfermedad, pero siento que me gustaría saber más.

( ) c) Comprendo bastante bien mi enfermedad y siento que si quisiera saber más, siempre podría obtener la información.

( ) d) Se ha dado un cuadro bien completo de mi enfermedad y mi doctor y el personal médico me han dado todos los detalles que deseo.

(7).- Durante una enfermedad como la suya, las personas tienen diferentes ideas acerca de su tratamiento y que esperan de este. Por favor, seleccione abajo una de las opciones que mejor describa lo que espera de su tratamiento.

( ) a) Creó que mis doctores y el personal médico están muy capacitados para dirigir mi tratamiento y siento que este es el mejor tratamiento que podría recibir.

( ) b) Confió en mi doctor para dirigir mi tratamiento; sin embargo, a veces tengo dudas al respecto.

( ) c) No me gustan ciertas partes de mi tratamiento que son muy desagradables, pero mis doctores me dicen que debo someterme a estas de todas maneras.

( ) d) Pienso que en muchas maneras mi tratamiento es peor que mí enfermedad y no estoy seguro (a) de si vale la pena someterme a este.

(8).- Durante una enfermedad como la suya, los pacientes reciben diferente cantidad de información sobre su tratamiento. Por favor, seleccione abajo la opción que mejor describa la información que ha recibido sobre su tratamiento.

( ) a) No se me ha dicho casi nada acerca de mi tratamiento y siento que se me ha excluido del asunto.

( ) b) Tengo alguna información sobre mi tratamiento, pero no tanta como quisiera.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

( ) c) Mi información sobre el tratamiento es bastante completa, pero hay una o dos cosas que aún quisiera saber.
( ) d) Siento que la información que tengo sobre mi tratamiento es muy completa y que está al día.

SECCIÓN II

1.- ¿Ha interferido su enfermedad con su habilidad para realizar su trabajo (tareas escolares)?
( ) a) No ha habido problema con mi trabajo.
( ) b) Ha habido algunos problemas, pero solo menores.
( ) c) Ha habido algunos problemas serios.
( ) d) Mi enfermedad me ha impedido totalmente realizar mi trabajo.

(2).- Con qué facilidad física realiza su trabajo (estudios) ahora?
( ) a) Pobremente
( ) b) No muy bien
( ) c) Adecuadamente
( ) d) Muy bien

(3).- Durante los pasados 30 días, ¿ha perdido tiempo de su trabajo (escuela) debido a su enfermedad?
( ) a) 3 días o menos
( ) b) Una semana
( ) c) Dos semanas
( ) d) Más de dos semanas

(4).- Es su trabajo (escuela) tan importante para usted ahora, como lo era antes de su enfermedad?
( ) a) De poca o ninguna importancia para mi ahora.
( ) b) Mucho menos importante.
( ) c) Un poco menos importante.
( ) d) De igual o mayor importancia que antes.

(5).- Ha tenido que cambiar las metas relacionadas con su trabajo (educación) como resultado de su enfermedad?
( ) a) Mis metas no han cambiado.
( ) b) Ha habido un ligero cambio en mis metas.
( ) c) Mis metas han cambiado bastante.
( ) d) He cambiado mis metas completamente.

(6).- ha notado que los problemas con sus compañeros de trabajo (estudiantes, vecinos) ha aumentado desde su enfermedad?
( ) a) Los problemas han aumentado grandemente.
( ) b) Los problemas han aumentado moderadamente.
( ) c) Los problemas han aumentado ligeramente.
( ) d) No ha habido un aumento de los problemas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

SECCIÓN III

(1).-¿ Cómo describiría su relación con su esposo (a) (o con su compañero (a),, si no es casado (a) desde su enfermedad?

( ) a) Buena

( ) b) Normal

( ) c) Pobre

( ) d) Muy pobre

(2).- ¿Cómo describiría sus relaciones con las otras personas con quienes vive (ej. Hijos, padres, tías, etc.)?

( ) a) Muy pobre

( ) b) Pobre

( ) c) Normal

( ) d) Buena

(3).- ¿Cuánto ha interferido su enfermedad con el trabajo y las tareas del hogar?

( ) a) Nada en absoluto

( ) b) Problemas leves, fácilmente superados.

( ) c) Problemas moderados, de los cuales no todos pueden ser superados.

( ) d) Dificultades severas con las tareas del hogar.

(4).- ¿En esas áreas donde su enfermedad ha causado problemas con respecto a su trabajo en el hogar, ¿ Cómo ha distribuido la familia las tareas para ayudarle?

( ) a) La familia no ha sido capaz de ayudar en absoluto.

( ) b) La familia ha tratado de ayudar, pero muchas cosas se quedan sin hacer.

( ) c) La familia lo ha hecho bien, excepto por unas cuantas cosas sin importancia.

( ) d) No ha habido problemas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

(5).- ¿Ha ocasionado su enfermedad una disminución en la comunicación entre usted y los miembros de su familia?

( ) a) No ha habido ninguna disminución en la comunicación.

( ) b) Ha habido una ligera disminución en la comunicación.

( ) c) La comunicación ha disminuido, y me siento algo apartado (a) de ellos.

( ) d) La comunicación ha disminuido mucho, y me siento muy solo (a).

(6).- ¿Algunas personas con una enfermedad como la suya sienten que necesitan ayuda de otras personas (amigos, vecinos, familiares, etc.) para hacer las cosas día a día. ¿Siente usted la necesidad de tal ayuda? ¿Hay alguien que se la provea?

( ) a) realmente necesito ayuda, pero raras veces haya alguien cerca para ayudar.

( ) b) recibo alguna ayuda, pero no puedo contar con ella todo el tiempo.

( ) c) No siempre tengo toda la ayuda que necesito, pero la mayor parte del tiempo consigo ayuda cuando la necesito.

( ) d) no siento necesitar tal ayuda; o mi familia o mis amigos me proveen la ayuda que necesito.

(7).- ¿Ha experimentado algún impedimento físico por su enfermedad?

( ) a) Ningún impedimento físico.

( ) b) Un impedimento físico ligero.

( ) c) Un impedimento físico moderado.

( ) d) Un impedimento físico severo.

(8).- ¿una enfermedad como la suya a veces puede representar un problema económico para la familia.¿ tiene alguna dificultad para sufragar los gastos de su enfermedad?

( ) a) Problemas económicos severos.
( ) b) Problemas económicos moderados.
( ) c) Dificultades económicas leves.
( ) d) Ningún problema económico.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

SECCIÓN IV

(1).- A veces, tener una enfermedad puede causar problemas en una relación. ¿Le ha ocasionado su enfermedad problemas con su esposo (a), (o con su compañero (a), si no está casado (a)?

( ) a) No ha habido ningún cambio en nuestra relación

( ) b) Estamos un poco menos unidos desde mi enfermedad.

( ) c) Estamos definitivamente menos unidos desde mi enfermedad.

( ) d) Hemos tenidos problemas serios, o se ha roto nuestra relación desde mi enfermedad.

(2).- A veces, cuando las personas se enferman manifiestan una pérdida de interés en su actividad sexual. ¿Ha experimentado menos interés sexual desde su enfermedad?

( ) a) Absolutamente ningún interés sexual desde mi enfermedad.

( ) b) Una pérdida marcada de interés sexual.

( ) c) Una ligera disminución del interés sexual.

( ) d) Ninguna pérdida del interés sexual.

(3).- Una enfermedad a veces causa disminución en la actividad sexual. ¿Ha experimentado alguna disminución en la frecuencia de su actividad sexual?

( ) a) Ninguna disminución en la actividad sexual.

( ) b) Una ligera disminución en la actividad sexual.

( ) c) Una marcada disminución en la actividad sexual.

( ) d) Ha habido una interrupción en la actividad sexual.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

(4) ¿Ha habido algún cambio en el placer o satisfacción que normalmente experimenta en el sexo?

( ) a) Ya no experimento ningún placer o satisfacción sexual.

( ) b) Ha habido una marcada pérdida de placer o satisfacción sexual.

( ) c) Ha habido una ligera pérdida de placer o satisfacción sexual.

( ) d) No ha habido cambio en la satisfacción sexual.

(5).- A veces, una enfermedad interfiere en la capacidad sexual de una persona, aunque todavía se interese por el sexo, ¿Le ha sucedido esto? Si es así, ¿Hasta qué punto?

( ) a) Ningún cambio en mi capacidad para tener sexo.

( ) b) Problemas ligeros en mi capacidad sexual.

( ) c) Problemas constantes en mi capacidad sexual.

( ) d) Totalmente incapaz de tener sexo.

(6).- A veces, una enfermedad interfiere con la relación sexual normal de una pareja y es causa de discusiones o problemas entre ellos. ¿Han tenido usted y su pareja alguna discusión como ésta? Si la han tenido, ¿a qué grado?

( ) a) Discusiones constantes.

( ) b) Discusiones frecuentes.

( ) c) Algunas discusiones.

( ) d) Ninguna discusión.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

SECCIÓN V

(1).- Desde que está enfermo, ¿ha tenido el contacto usual (sea personalmente o por teléfono) con los miembros de su familia que no viven en su casa?

( ) a) El contacto es el mismo o mayor desde la enfermedad.

( ) b) El contacto es ligeramente menor.

( ) c) El contacto es marcadamente menor.

( ) d) No he tenido ningún contacto desde la enfermedad.

(2).- Ha permanecido tan interesado (a) por reunirse con estos miembros de su familia desde su enfermedad?

( ) a) Tengo poco o ningún interés en reunirme con ellos.

( ) b) El interés es mucho menor que antes.

( ) c) El interés es ligeramente menor.

( ) d) El interés es el mismo o mayor desde la enfermedad.

(3).- A veces, cuando las personas están enfermas, se ven obligadas a depender de miembros de su familia que no viven en su casa para que los ayuden físicamente. ¿Necesita que le ayuden físicamente o le brindan ellos la ayuda que necesita?

( ) a) No necesito ayuda; o ellos me dan toda la ayuda que necesito.

( ) b) Su ayuda es suficiente, excepto por algunas cosas sin importancia.

( ) c) Me dan alguna ayuda, pero no suficiente.

( ) d) Me dan poca o ninguna ayuda, aunque necesito mucha.

(4).- Algunas personas socializan mucho con los miembros de su familia que no viven en su casa. ¿Socializa usted mucho con estos miembros? ¿Ha reducido su enfermedad esa socialización?

( ) a) La socialización con ellos se ha eliminado bastante.
( ) b) La socialización con ellos se ha reducido significativamente.
( ) c) La socialización con ellos se ha reducido algo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

( ) d) Ha habido poca o ninguna socialización, o la enfermedad ha tenido un efecto ligero o no ha tenido ninguno.

(5).- En general, ¿Cómo ha estado relacionándose con estos miembros de su familia recientemente?

( ) a) Bien

( ) b) Normal

( ) c) Mal

( ) d) Muy mal

SECCIÓN VI

(1).- ¿Continua usted tan interesado (a) por sus actividades de tiempo libre y sus pasatiempos como lo estaba antes de su enfermedad?

( ) a) El mismo nivel de interés que antes.

( ) b) Ligeramente menos interés que antes.

( ) c) Significativamente menos interés que antes.

( ) d) Poco o ningún interés.

(2).- ¿Qué hay con respecto a su participación actual? ¿Todavía está involucrado activamente en esas actividades?

( ) a) Tengo poca o ninguna participación en la actualidad.

( ) b) La participación se ha reducido significativamente.

( ) c) La participación se ha reducido ligeramente.

( ) d) La participación no ha cambiado.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

(3).-¿ Está usted tan interesado(a) por las actividades de tiempo libre con su familia (ej. Jugar cartas, y juegos, viajar, nadar, etc.) Como lo estaba antes de su enfermedad?

( ) a) Mismo nivel de interés que antes.

( ) b) Ligeramente menos interés que antes.

( ) c) Significativamente menos interés que antes.

( ) d) Poco o ningún interés.

(4).- ¿Participa todavía en esas actividades con la misma frecuencia que antes?

( ) a) Tengo poca o ninguna participación en la actualidad.

( ) b) La participación se ha reducido significativamente.

( ) c) La participación se ha reducido ligeramente.

( ) d) La participación no ha cambiado.

(5) Se ha mantenido interesado (a) por las actividades sociales desde su enfermedad (ej. Clubes sociales, grupos de la iglesia, ir al cine, etc.)?

( ) a) Mismo nivel de interés que antes.

( ) b) Ligeramente menos interés que antes.

( ) c) Significativamente menos interés que antes.

( ) d) Poco o ningún interés.

(6).- ¿Qué hay con respecto a su participación? ¿Todavía sale con sus amigos y realiza esas actividades?

( ) a) Tengo poca o ninguna participación en la actualidad.
( ) b) La participación se ha reducido significativamente.
( ) c) La participación se ha reducido ligeramente
( ) d) La participación no ha cambiado.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

SECCIÓN VII

(1).- Recientemente, ¿se ha sentido temeroso, tenso, nervioso o ansioso?
( ) a) Nada en absoluto ( ) b) Un poco ( ) c) Bastante ( ) d) Extremadamente.
(2).- Recientemente, ¿se ha sentido triste, deprimido, con falta de interés o se ha sentido desesperanzado?
( ) a) Extremadamente ( ) b) Bastante ( ) c) Un poco ( ) d) Nada en absoluto **(3).- Recientemente, ¿se ha sentido enojado, irritable o ha tenido dificultad para controlar su temperatura?**
( ) a) Nada en absoluto ( ) b) Un poco ( ) Bastante ( ) d) Extremadamente
(4).- Recientemente, ¿se ha echado la culpa por las cosas que suceden, se ha sentido culpable o ha sentido que le ha fallado a alguien?
( ) a) Extremadamente ( ) b) Bastante ( ) c) Un poco ( ) d) Nada en absoluto
(5).- Recientemente, ¿se ha preocupado mucho por su enfermedad o por otros asuntos?
( ) a) Nada en absoluto ( ) b) Un poco ( ) c) Bastante ( ) d) Extremadamente
(6).- Recientemente, ¿se ha sentido mal consigo mismo, o como una persona menos valiosa?
( ) a) Extremadamente ( ) b) Bastante ( ) c) Un poco ( ) d) Nada en absoluto
(7).- Recientemente, ¿ha estado preocupado de que su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que lo (a) hagan menos atractivo (a)?
( ) a) Nada en absoluto ( ) b) Un poco ( ) c) Bastante ( ) d) Extremadamente

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.