



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

DEPRESIÓN Y SOPORTE SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES DIABÉTICOS DE UN HOSPITAL DE SALUD
PÚBLICA

PRESENTADA POR
VIOLETA ANGELICA ALVARADO RIOS DE VILLENA

ASESORA
PATRICIA SUSANA BÁRRIG JÓ

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE FAMILIA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

**DEPRESIÓN Y SOPORTE SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES DIABÉTICOS DE UN HOSPITAL DE SALUD PÚBLICA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CON
MENCION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE FAMILIA**

**PRESENTADO POR:
VIOLETA ANGELICA ALVARADO RIOS DE VILLENA**

**ASESORA:
DRA. PATRICIA S. BÁRRIG JÓ**

**LIMA, PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres por darme la vida, a mi esposo por apoyarme y motivarme siempre y a mis hijos, que no les puedo devolver el tiempo que les robe.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al centro asistencial por haber proporcionado la información necesaria para realizar la presente investigación. Así mismo, a los docentes de la Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología sección de post grado de la Universidad San Martín de Porres, a Gustavo Calderón y en especial a la Dra. Patricia Bárrig por su asesoría y confianza durante la elaboración de la presente investigación sin cuya ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

Asimismo, agradezco a los profesionales y amigos que de alguna manera han contribuido en la consecución de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Bases teóricas	12
1.1.1 Depresión	12
1.1.2 Apoyo social	15
1.1.3 Calidad de vida	17
1.2 Evidencias empíricas	19
1.2.1. Antecedentes nacionales	19
1.2.2. Antecedentes internacionales	21
1.3 Planteamiento del problema	23
1.3.1 Descripción de la realidad problemática	23
1.3.2 Formulación del problema	25
1.4 Objetivos de la investigación	25
1.4.1 Objetivo general	25
1.4.2 Objetivos específicos	25
1.5 Hipótesis y variables	25

1.5.1 Formulación de hipótesis	25
1.5.2 Variables de estudio	26
1.5.3 Definición operacional de las variables	27
CAPÍTULO II: MÉTODO	
2.1 Tipo y diseño de investigación	28
2.2 Participantes	28
2.3 Medición	29
2.4 Procedimiento	33
2.5 Análisis de los datos	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
3.1 Análisis descriptivos	36
3.2 Análisis de comparación	37
3.3. Análisis de correlación	37
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la sintomatología depresiva, apoyo social y calidad de vida	36
Tabla 2: Análisis de comparación según sexo del participante	37
Tabla 3: Correlaciones entre sintomatología depresiva, apoyo social, y calidad de vida	38
Tabla 4: Análisis de regresión de sintomatología depresiva y apoyo social como predictores de calidad de vida	39
Tabla 5: Prueba de normalidad	63

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue examinar la relación entre la depresión, el apoyo social y la calidad de vida de pacientes con diabetes de tipo II provenientes de un hospital estatal de la ciudad de Lima Metropolitana. Un total de 76 pacientes (50% mujeres) con edades entre los 25 y 91 ($M=64.75$, $DE=13.77$) participaron del estudio. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido, el Cuestionario Breve de Apoyo Social (SSQ-6 por sus siglas en inglés) y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. El estudio corrobora las relaciones entre la sintomatología depresiva y el apoyo social en la calidad de vida, presentando principalmente efectos significativos del apoyo instrumental y familiar. No se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en ninguna de las variables y se identificó una relación inversa entre edad y sintomatología depresiva. Se discuten las implicancias, limitaciones y recomendaciones del estudio.

Palabras claves: sintomatología depresiva, apoyo social, calidad de vida, diabetes tipo II

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the relationship between depressive symptomatology and social support on quality of life the patients with type II diabetes from a state hospital in the city of Metropolitan Lima. A total of 76 patients (50% women), aged between 25 and 91 ($M = 64.75$, $SD = 13.77$) participated in the study. The Beck Depression Inventory, the Perceived Social Support MOS Questionnaire, the Short Social Support Questionnaire (SSQ-6) and the Olson and Barnes Quality of Life Scale were used to assess depressive symptomatology, social support, and quality of life, respectively. The study corroborates the relationships between depressive symptomatology and social support, in the quality of life mainly presenting significant effects of instrumental and family support; an inverse relationship between age and depressive symptoms was demonstrated. No differences were found between women and men regarding any of the variables under study. The implications, limitations, and recommendations of the study are discussed.

Keywords: depressive symptomatology, social support, quality of life, type II diabetes

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus II, se caracterizan por la aparición de signos y síntomas diversos, algunos de ellos impredecibles y que afectan tanto la salud física como psicológica de la persona. Asimismo, suelen tener un impacto negativo para la familia dado que el no saber a qué enfrentarse en el futuro, puede alterar finalmente los estados emocionales y la calidad de vida (Holt, Groot, Luck, Hnter, Sartorius, & Golden, 2014; Sweileh, 2018). La diabetes es una enfermedad metabólica que en el año 2012 causó 1.5 millones de muertes en el mundo; en el año 2014, su prevalencia incrementó a 8.5% en la población mundial y se estimó que en años siguientes incrementaría este porcentaje (OMS, 2016). En el Perú, la OMS (2016) indicó que el 6.9% de personas mayores de 18 años fueron diagnosticados con diabetes mellitus y según la revisión sistemática de Carrillo-Larco y Bernabé-Ortiz (2019) existen dos casos nuevos por cada cien personas al año. Según Seclén (2015) este problema irá acrecentando cada vez más pues son los peruanos caracterizados por tener una alimentación basada en altas calorías y grasas lo que genera un aumento de sobrepeso y se tornan proclives a la obesidad, volviéndolos por tanto más propensos a padecer diabetes. Esta enfermedad ocasiona padecimientos de larga duración, es degenerativa, condiciona múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, discapacidad, alteración funcional e incurabilidad. Por otro lado, esta enfermedad acorta la vida productiva del paciente y tiene serias repercusiones en su calidad de vida y en el de la familia (National Institute of Mental Health [NIMH], 2015). Referente a la diabetes de tipo II, cuando una persona recibe este diagnóstico percibe un cambio en su estilo de vida y una amenaza relacionada con el desarrollo de complicaciones inherentes a esta enfermedad ocasionando un desajuste adaptativo y el desencadenamiento de

desórdenes psicopatológicos (Mezuk, Eaton, Albrecht, & Hill, 2008). Precisamente, la depresión es un trastorno psicopatológico fuertemente asociado a la diabetes de tipo II (Ali, Stone, Peters, Davies, & Khunti, 2006; Mezuk et al., 2008; Naicker et al., 2017) siendo las tasas de prevalencia de la depresión dos veces mayor en estos pacientes en comparación con las personas que no padecen de esta enfermedad (NIMH, 2015; Roy & Lloyd, 2012). Según Popa et al. (2016), las personas con diabetes de tipo II desarrollan depresión debido a que evalúan negativamente el cambio de vida que lleva consigo esta enfermedad y que está asociada a una serie de desajustes que involucra el deterioro cognitivo, restricciones sociales, mayor atención a los medicamentos, ansiedad frente a la administración de la insulina en público, prueba diaria de los niveles de glucosa, restricción de alimentos y trastornos del sueño. Entonces es sensible la potencial presencia de indicadores de depresión en estos pacientes y con ello, la reducción de su calidad de vida (Trikkalinou, Papazafiropoulou, & Melidonis, 2017). Por ello, los pacientes con diabetes tipo II necesitan de apoyo médico y psicológico que permita lograr mejor el control de la enfermedad y pueda afrontar paulatinamente los cambios inherentes de esta y con ello, no sólo generar una reducción del malestar emocional sino también adoptar nuevos hábitos que estén orientados a una mejor calidad de vida. Justamente, cuando la depresión emerge, un cambio para proponer nuevos hábitos saludables de vida está concertado en tratar su intervención basado en la calidad de vida de los pacientes (Ali, Stone, Skinner, Robertson, Davies, & Khunti, 2010). El presente trabajo hace un estudio sobre la sintomatología depresiva, y el apoyo social percibidos en la calidad de vida en adultos pacientes hospitalizados en un centro de salud público de Lima.

La estructura del documento está dividida en cuatro secciones. En el capítulo I se abordan aspectos conceptuales sobre los constructos de estudio, así como una revisión de los modelos teóricos existentes sobre ellos. Así mismo se presenta la revisión de evidencias empíricas para luego plantear el problema y los objetivos de estudio. En el capítulo II se presenta el método y diseño de investigación, así como las características de los participantes y de los instrumentos de medición utilizados. Finalmente, se describe el procedimiento seguido y el análisis de los datos llevado a cabo. En el capítulo III se presentan los resultados correspondientes para responder a los objetivos de la investigación. Finalmente, en el capítulo IV se discuten los hallazgos y se brindan las conclusiones y recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Bases teóricas

1.1.1 Depresión

Hasta la actualidad, no existe un consenso para establecer una definición conceptual sobre la depresión. Los problemas sobre las diferentes definiciones de la depresión se deben a la falta de conocimiento sobre su desarrollo principalmente en: a) si es producto de una exageración de un estado del ánimo, b) si se tiene esclarecido la comprensión de sus causas, características y tratamiento de su malestar, c) si es una reacción o una enfermedad y, d) si sus causas son producto de un malestar psicológico o biológico (Beck & Alford, 2010).

Una de las propuestas más empleadas para definir la depresión es aquella de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) que la define como un trastorno mental que integra una serie de síntomas relacionados con la tristeza, anhedonia, culpabilidad, baja autoestima, problemas de sueño y/o apetito, alteración de la concentración y percepción de cansancio. Estas características pueden presentarse de forma crónica o recurrente y generan consecuentes que comprometen negativamente diversas áreas de la vida de las personas conllevando en algunos casos al suicidio.

La definición elaborada por la OMS (2012) es similar a la establecida por el Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, American Psychiatric Association [APA], 2014), compartiendo características sobre la depresión relacionadas con la disminución del estado del ánimo y la anhedonia, el tiempo de presentación que es diferenciado en dos semanas para el trastorno depresivo mayor y dos años para el trastorno distímico y además sobre el deterioro en algunas áreas de su vida (e. g., social, laboral, familiar).

En la edición del DSM-V (APA, 2013) el trastorno depresivo fue desvinculado del trastorno bipolar y presentó y agrupó la presencia de la depresión en: a) el trastorno depresivo mayor con único episodio, b) el trastorno depresivo con episodios recurrentes, c) el trastorno distímico, d) el trastorno depresivo inducido por sustancias, e) el trastorno depresivo asociado a una condición médica, f) trastornos depresivos especificados y g) trastornos depresivos no especificados. A ellos se integró el trastorno de desregulación del estado del ánimo perturbador y el trastorno disfórico premenstrual.

Por su parte, en la clasificación elaborada por la CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008), la depresión está integrada en los trastornos del humor y es diferenciada en episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas el 2016, la ansiedad y la depresión fueron los trastornos mentales que mostraron mayores índices de prevalencia entre 1990 y el 2013, aumentando en un 50% en ese periodo de 416 millones a 615 millones. Si bien no constituyen enfermedades mortales, los trastornos mentales representan un 30% de la carga en el gasto de salud a nivel mundial. Señala también que, en la última década, la depresión es el mayor problema de salud mental pública, pudiendo presentarse desde la adolescencia hasta la adultez. Más aún, se encuentra asociada a conducta suicida y es considerada la cuarta razón de la discapacidad en relación con la pérdida de años de vida saludable. Finalmente, la OMS estima que en el año 2020 la depresión será la primera causa de discapacidad en países en vías de desarrollo y la segunda en el mundo.

La depresión se suma a otros trastornos afectivos como la ansiedad o el consumo de sustancias adictivas y es la principal enfermedad del estado de ánimo entre pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer o la diabetes, e influye negativamente en la adherencia al tratamiento y la aceptación de la enfermedad.

Los pacientes con diabetes, son dos veces más vulnerables a sufrir trastornos afectivos como la depresión, en diverso grado de gravedad, en respuesta al duelo emocional que ocasiona tomar conocimiento sobre su nuevo estado de salud y los cambios que vendrán que se asumen como una amenaza. Es pues necesario reconocer este trastorno cuando se presenta, para llevar a cabo el manejo respectivo.

En la literatura se encuentra información sobre la relación que existe entre la depresión y las complicaciones de la diabetes como la neuropatía, la nefropatía, la retinopatía, las alteraciones vasculares y la disfunción sexual, como consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento que la presencia de depresión condiciona.

El reconocimiento que existe el trastorno depresivo y la detección temprana de los niveles de depresión permitiría la instauración oportuna del tratamiento, lo que logra una mejor evolución y aceptación de los nuevos hábitos de vida. El paciente como la familia se ven confrontados con una gran gama de emociones que es necesario superar para garantizar un adecuado control de la enfermedad. Cuanto más adecuados sean los cambios de conducta ante los problemas que se presentan, mayores serán los beneficios. El presente trabajo contribuirá con información que ayudará a resaltar la importancia de reorientar e impulsar los programas de prevención existentes que coadyuven a obtener mayores logros.

1.1.2 Apoyo social

El estudio del apoyo social tuvo surgimiento y un fuerte apogeo durante los años 70's y 80's (Barrera, 1981, 1986; Dean & Lin, 1977; House, 1981; Tardy; 1985; Thoits, 1982). El interés sobre su estudio emergió a partir de resultados que lo asociaban con factores de la salud, logrando atribuírsele como una variable protectora para las personas (Cassel, 1974; Cobb, 1976). Desde entonces, el estudio del apoyo social se explora en diversos grupos etarios explorando sus implicancias en aspectos relacionados con la enfermedad y la salud de la persona (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997).

Una de las definiciones más aceptadas sobre apoyo social es la elaborada por Lin, Dean y Ensel (1986) quienes lo consideran como el conjunto de “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (p.109). Es así que desde esta propuesta puede entenderse al apoyo social como un constructo multidimensional

Sobre su evaluación, Tardy (1985) propuso un diagrama de árbol que se construye de forma jerárquica e integra las dimensiones de dirección (recibido, percibido), disposición (disponible, promulgado), descripción/evaluación (contenido, ya sea informativo, emocional, evaluativo o instrumental) y redes (familia, amigos cercanos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, profesionales). Cada una de estas dimensiones contiene subcomponentes que pueden ser usados según el objetivo de la evaluación, además, este modelo puede servir para elaborar otras formas más específicas de evaluación del apoyo social.

En el marco explicativo del estrés y el afrontamiento elaborado por Lazarus y Folkman (1984) se sostiene que la persona evalúa dos momentos al vivenciar una situación estresante: a) las consecuencias que derivan de la situación y, b) la

evaluación de los recursos para su afronte. De esta manera, la capacidad de afrontamiento depende de una serie de procesos cognitivos y conductuales que la persona realizará con el propósito de modificar las condiciones externas y/o internas consideradas como estresantes con el propósito de adaptarse y percibir un mayor bienestar.

De la perspectiva explicativa del afrontamiento, el apoyo social emerge como un recurso que explica la interrelación de la persona con seres que lo rodean recibiendo de ellos estímulos gratificantes. El papel que cumple el apoyo social en el proceso del estrés es a través de su efecto positivo sobre la capacidad de afrontamiento del individuo, y cuando ello ocurre, la persona reduce los niveles de estrés (Cohen, 2004; Cohen & McKay, 1984; Cutrona & Russell, 1990).

Las relaciones entre el apoyo social y el afrontamiento en la explicación del estrés ocurrirán en la medida en que se conozca los estresores desencadenantes. En ese sentido, cada evento estresante es de carácter específico en las personas y, por lo tanto, el tipo de apoyo social podría variar considerando dicho evento (Lazarus & Folkman, 1984) por ejemplo, recibir el apoyo social de los amigos puede ser necesario cuando una persona cercana fallece (evento estresor) sin embargo, este tipo de apoyo no será necesariamente útil si se tiene un estresor relacionado con la elevada sobrecarga de trabajo.

Asimismo, uno de los aspectos no esclarecidos desde este planteamiento es si el apoyo social recibido se relaciona con el afrontamiento. Para Cohen, Underwood y Gottlieb (2000) no existen mayores evidencias sobre la vinculación entre el apoyo social recibido y el afrontamiento percibido, pues, al examinar la recepción del apoyo, todavía no quedan claras sus relaciones. De esta manera queda en duda si el apoyo social recibido promueve la iniciación o el mantenimiento

del afrontamiento, o si las personas cambian su modo de afronte cuando responden en base al apoyo social recibido.

Para Moss (1973) el apoyo social puede entenderse como “un sentimiento subjetivo de pertenencia de ser aceptado, de ser amado y necesario” (p. 237). El efecto positivo de la socialización va en favor de la salud de la persona. La relevancia de este apoyo es la capacidad para influir en el bienestar y afrontamiento de la enfermedad. Además, es el paciente que de manera subjetiva hace una valoración cognitiva respecto del grupo de personas del entorno que brindará ayuda en un momento de necesidad.

1.1.3 Calidad de vida

La calidad de vida fue estudiada inicialmente en Estados Unidos con el propósito de conocer si la persona percibe su vida como buena y financieramente óptima (Meeberg, 1993). Aún frente a los debates sobre deslinde conceptual, puede entenderse a la calidad como “...la preocupación por la experiencia del individuo sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud” (Robles, 1984, p. 248). En algunos casos, la calidad de vida se ha descrito de manera correspondiente a la satisfacción con la vida. Para cada persona este concepto tiene distintos significados relacionados con sus procesos cognitivos conductuales y sus propios valores individuales, entonces reaccionará frente a la enfermedad de acuerdo a sus dolencias y las consecuencias que éstas le traerán, por lo tanto, se convierte en un constructo multidimensional subjetivo.

La OMS (World Health Organization, 1994), define este concepto como un constructo multidimensional, “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, lo cual involucra

fundamentalmente tres dimensiones, la física, la psicológica y la social. La física percibe el estado de salud esencialmente como la ausencia de enfermedad, la psicológica se relaciona con lo cognitivo y afectivo, así como las creencias y actitudes, en tanto que la social se referiría a las relaciones interpersonales, el apoyo social y familiar, la eficiencia en el trabajo y la relación médico-paciente.

Para que una persona evalúe su calidad de vida debe contrastar las actividades que realiza en ella y si es consistente con las expectativas que tiene. Cuando se hace referencia a la calidad, por lo menos puede integrar la evaluación objetiva y subjetiva de la salud, alimentación, o la educación (Robles, 2006).

Existe cierto consenso sobre la evaluación de la calidad de vida en aspectos objetivos (salud, educación, etc.), así como en aspectos subjetivos (nivel de bienestar). Según Fierro (2006), el bienestar se asocia a una estabilidad emocional extravertida, relacionada con el bienestar personal. Además, debe entenderse que este constructo dependerá de la percepción y experiencia de cada persona o grupo etario (Levi & Anderson, 1980).

Por ello el carácter subjetivo y multidimensional del concepto de calidad de vida incluye cómo la persona percibe su vida, cómo se ubica en su contexto sociocultural considerando aspectos relacionados a valores, expectativas, objetivos, normas entre otras características relevantes en la vida de la persona. De esta manera, la calidad de vida en personas con diabetes cobra importancia en la salud pública, debido a que las condiciones médicas la pueden deteriorar. Además, pocas veces suele enfocarse el estudio de la calidad de vida en personas con dicha enfermedad (Muñoz, Gómez, & Ballesteros, 2014).

Una persona con diagnóstico de diabetes se ve vulnerada en su vida al grado de asociársele en el desarrollo de patologías relacionadas a la depresión o la

ansiedad lo que posibilita que se vea deteriorada la calidad de vida de las personas. Cabe señalar que los problemas pueden volverse más complejos cuando se conoce que un paciente con diabetes puede desencadenar otros problemas médicos como son la hipertensión y los problemas cerebrovasculares, lo que genera también un potencial impacto negativo en la calidad de vida de las personas (Trikkalinou et al., 2017).

Uno de los puntos centrales sobre la experiencia de pacientes que padecen de diabetes tipo II es sobre su evaluación periódica, lo que indica el seguimiento de su tratamiento, pero además de considerar examinar aquellos potenciales malestares que pueden producir alteraciones tanto físicas, biológicas como psicológicas se debe contextualizar su estudio dado que está demostrado que a nivel de regiones el impacto de sus consecuencias es diferenciada (Trikkalinou et al., 2017). De esta manera, se hace un estándar dentro de los problemas de intervención en diabetes la inclusión de medidas de evaluación sobre la calidad de vida para verificar sus niveles y proponer estrategias que posibiliten su mejora (Pichon-Riviere, Irazola, Baratarrechea, Alcaraz, & Carrera (2015).

1.2 Evidencias empíricas

1.2.1 Antecedentes nacionales

El estudio de Varillas (2015) evaluó la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten a consulta externa. La muestra estuvo conformada por un total de 60 pacientes (48% mujeres) de 55 y 67 años de edad. Se evaluó la percepción de la persona sobre dificultades en la realización de actividades y tareas por salud física, problemas emocionales y dificultades en las relaciones sociales, con amigos y familiares. En el estudio se reportó que el 57%

de los pacientes percibió su calidad de vida como medianamente adecuada, el 28% la consideró inadecuada y el 15% restante indicó que era adecuada. De manera particular, la dimensión física fue percibida de forma inadecuada en contraste a las otras dos dimensiones. El estudio concluye en la necesidad de brindar un mayor apoyo emocional e informacional a los pacientes y la inclusión de programas de intervención para los pacientes y familias.

Romero (2015) llevó a cabo un estudio sobre la percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud reportada por pacientes con diabetes mellitus tipo II. Participaron 44 pacientes (mujeres, 52.3%) con edades entre 45 a 80 años que realizaban tratamiento ambulatorio. El 22.7% presentaba complicaciones a causa de esta enfermedad. Se evaluó la calidad y sus dimensiones de a) rol físico, b) funcionamiento físico, c) funcionamiento social, d) vitalidad, e) salud general, f) salud mental, g) rol emocional y h) dolor corporal. La percepción de enfermedad midió a) la identidad con la sintomatología de diabetes, b) control personal, c) control del tratamiento, d) consecuencias, e) temporalidad-crónica, f) temporalidad cíclica y g) la respuesta emocional. Los resultados indicaron que tanto las consecuencias y gravedad de su enfermedad, así como las respuestas emocionales asociadas a su condición se relacionan de manera inversa con la calidad de vida. En ese sentido, se discute la necesidad de intervenir sobre los aspectos emocionales de los pacientes con el propósito de motivar su participación en el tratamiento y de esta forma mejorar su calidad de vida.

Por su parte, Méndez y Flores-Rodríguez (2014) estudiaron la asociación de la funcionalidad familiar y el automanejo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Participaron 100 personas (mujeres 54%) con edades entre los 30 y 59 años de edad y con un intervalo de tiempo en cuanto a la enfermedad de 6 a 10 años. El

automanejo en enfermedades crónicas incluyó tres dimensiones: a) la adherencia, b) el conocimiento y c) el manejo de efectos secundarios. Se encontró un grado de asociación directa entre la funcionalidad familiar y el automanejo en enfermedades crónicas. Se concluye que la familia es un soporte relevante y el grado de apoyo que brinda es importante en la regulación de los problemas de salud en las personas con diabetes de tipo II.

Por otro lado, Patilla (2011) realizó un estudio sobre ansiedad, depresión y estresores en una muestra de pacientes con diabetes tipo II, con adherencia y sin adherencia al tratamiento. Participaron 55 pacientes (mujeres 78.2%) con edades entre los 47 y 87 años de edad de los cuales 50.9% presentaron adherencia al tratamiento y 49.1% no adherencia. Las situaciones generadoras de estrés fueron: a) estrés afectivo, b) estrés relacionado a la función médico-paciente, c) estrés relacionado al régimen de tratamiento y d) estrés interpersonal. Los resultados mostraron mejores indicadores de ajuste en pacientes con adherencia al tratamiento en comparación al grupo sin adherencia. Solo se encontró una asociación significativa y esperada entre ansiedad rasgo y estado de los participantes. Por su parte los pacientes sin adherencia al tratamiento fueron más proclives a la ansiedad, la depresión y menor ajuste a las situaciones estresantes. Además, en este grupo de pacientes las asociaciones entre las variables fueron significativas a excepción de la relación entre depresión con las situaciones de estrés. Los autores recomendaron programas de prevención de situaciones generadoras de estrés para reducir la ansiedad y la depresión en estos pacientes.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Ramkisson, Pillay y Sibanda (KwaZulu-Natal, Sudáfrica, 2017) examinaron el rol del apoyo social en la explicación del bienestar y el afrontamiento en pacientes

con diabetes tipo II. Un total de 401 pacientes (mujeres 60.6%) participaron en el estudio, 200 de ellos de hospitales privados y 201 de hospitales públicos. Se evaluaron las actitudes hacia la diabetes, creencias sobre la diabetes, el autocuidado con la diabetes y las dificultades del autocuidado de la diabetes. Los participantes dieron información acerca de sintomatología ansiosa, malestares somáticos, insomnio, disfunción social y depresión severa. Además, el estudio evaluó el apoyo social para medir el grado de satisfacción e insatisfacción del apoyo percibido y el bienestar identificando, el grado de ánimo positivo, vitalidad e intereses generales. Los resultados indicaron una relación inversa entre el apoyo social y el afrontamiento, así también se observó que el incremento del apoyo social posibilita la disminución del malestar emocional y una mejora en el bienestar del paciente.

A su vez, Derakhshanpour, Ali, Farsinia y Mirkarimi (Irán, 2015) examinaron la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II. Participaron un total de 330 pacientes (mujeres 64.8%) con edades entre los 49 y 51 años de edad que fueron diferenciados en aquellos con y sin depresión. Se recolectó información sobre la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y adaptación. Se encontró que los pacientes con depresión presentan asociaciones negativas en su salud física, en la incidencia de infarto en el miocardio, la esperanza de vida y el sistema inmunológico. Así, los pacientes con diabetes de tipo II reportaron puntajes bajos en su calidad de vida.

Tovar, Kay, Gokun y Clark (EEUU. 2013) examinaron el rol mediador del apoyo social y la autoeficacia sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II y depresión. Participaron 201 pacientes (mujeres 67%), de los cuales 38.3% mencionaron presentar síntomas de depresión elevada. Se realizó

un análisis de regresión múltiple encontrando que el apoyo social de familiares, amigos y del equipo médico presentan efectos sobre la adherencia al tratamiento y reducen el efecto de la depresión indicando la necesidad de elaborar medidas de intervención sobre el apoyo social para la reducción del estrés en los pacientes.

Göz, Karaoz, Goz, Ekiz y Cetin (Mármara, Turquía, 2007) examinaron la relación entre la percepción social y la calidad de vida en pacientes diabéticos de tipo II. En el estudio participaron 66 pacientes (mujeres 60.6%) con edades entre 30 y 70 años. El 31.8% reportó seguir un tratamiento con insulina mientras que el 68.2% utilizaba agentes hipoglicemiantes orales. Los resultados mostraron que los varones presentaban mayores niveles de calidad de vida y de apoyo social en comparación a las mujeres. Además, los puntajes de apoyo social y calidad de vida fueron mayores en amas de casa y personas retiradas que aquellos que trabajaban.

1.3 Planteamiento del problema

1.3.1. Descripción de la realidad problemática

La evaluación periódica del bienestar de los pacientes con diabetes se realiza con menor rigurosidad que el control y tratamiento de los indicadores biológicos (Muñoz et al., 2014). No obstante, se conoce que la evaluación de la calidad de vida en los pacientes de manera continua ha servido para monitorear el bienestar e identificar posibles problemas biológicos (Mata Cases, Roset Gamisans, Badia Llach, Antoñanzas Villar, & Ragel Alcázar, 2003). En ese sentido, la calidad de vida es un componente importante para las personas con diabetes en cuanto a su evaluación y tratamiento y por ello, es necesario identificar los factores negativos en este ámbito que interfieren la calidad de vida de los pacientes.

La revisión de la literatura sugiere que los aspectos psicológicos influyen en la percepción subjetiva del paciente. Se ha reportado que el apoyo social es un

recurso importante en las personas con diabetes, tanto tipo I como II, pues posibilita que en base a niveles elevados de satisfacción de su percepción y experiencia, contribuya a la adherencia al tratamiento. Si bien existen diferentes fuentes de apoyo social, es el apoyo familiar el que se considera como el más importante para el control de la diabetes, siendo promotora de la salud y el bienestar (Sharfi, Bakht, Feizi, & Mohebi, 2013).

En estudios peruanos los conocimientos sobre los procesos vinculados a la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo II son actualmente emergentes particularmente en el conocimiento de sus relaciones con otras variables como puede ser la depresión y el apoyo social. La necesidad de conocer estas relaciones tiene como fin el corroborar las asociaciones entre la depresión y la calidad de vida además de examinar el papel del apoyo social. De esta manera, se podrían adecuar coherentemente medidas interventivas para la reducción de la depresión y la mejora de la calidad de vida y que contribuyan a que el paciente asuma un papel activo en su autocuidado y pueda desarrollar nuevas habilidades y estrategias de afrontamiento que garanticen su vida sin complicaciones.

El futuro para nuestro país es complicado, ya que en la actualidad existe un millón de personas con diabetes y más de dos millones y medio de pre-diabéticos que pasarán a la condición de enfermos muy pronto por el estilo de vida que llevan, y por lo tanto el manejo será incontrolable para el siglo XXI (Seclén, 2015). Por todo lo visto anteriormente, la presente investigación tiene como objetivo examinar la potencial contribución de la sintomatología depresiva y el apoyo social a la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II de un hospital de salud pública en la ciudad de Lima.

1.3.2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y el apoyo social en la explicación de la calidad de vida global reportada por pacientes diagnosticados con diabetes tipo II?

1.4 Objetivos de Investigación

1.4.1 Objetivo general

Explorar si la sintomatología depresiva y el apoyo social contribuyen de manera significativa en la calidad de vida global reportada por pacientes diagnosticados con diabetes tipo II.

1.4.2 Objetivos específicos

- Examinar las relaciones entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II de un hospital de salud pública de Lima.
- Analizar las relaciones entre el soporte social y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II de un hospital de salud pública de Lima.
- Establecer las diferencias en sintomatología depresiva, apoyo social en la calidad de vida según el sexo y la edad del paciente con diabetes tipo II.

1.5 Hipótesis y variables

1.5.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis General

- La sintomatología depresiva y el apoyo social contribuyen de manera significativa en la calidad de vida global reportada por pacientes diagnosticados con diabetes tipo II.

Hipótesis específica

- Existe relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II de un hospital de salud pública de Lima.

- Existe relación entre el soporte social y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II de un hospital de salud pública de Lima.
- Se plantean diferencias en la sintomatología depresiva, apoyo social en la calidad de vida según el sexo y la edad del paciente con diabetes tipo II.

1.5.2 Variables de estudio

- Apoyo Social: Lin, Dean y Ensel (1986) conceptualizan el apoyo social como “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”.

Dimensiones

- Apoyo Familiar
- Apoyo Emocional/informacional
- Apoyo Instrumental
- Apoyo Social
- Apoyo Afectivo

- Depresión: Para la OMS (2012) que la depresión se define como un “trastorno mental que integra una serie de síntomas relacionados con la tristeza, anhedonia, culpabilidad, baja autoestima, problemas de sueño y/o apetito, alteración de la concentración y percepción de cansancio.”
- Calidad de Vida: Lawton (2001) lo define como una “Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo”.

Dimensiones:

- Hogar y Bienestar Económico

-Amigos Vecindario y Comunidad

-Vida Familiar Extensa

-Educación y Ocio

-Medios de Comunicación

-Religión

-Salud

- Las variables sociodemográficas

-Edad : de 25 a 91 años

-Sexo : Varones y mujeres

-Lugar de nacimiento: Lima y provincias

-Nivel educativo : Primaria, secundaria, educación técnica y superior

-Estado Civil : Soltero, casado, divorciado, separado/coviviente

-Número de hijos

-Tratamiento de diabetes

1.5.3 Definición operacional de las variables

- Apoyo Social: Es una medida multidimensional que evalúa las fuentes de apoyo denominados: emocional/informacional, instrumental, de interacción social y afectivo. La escala de puntuación es a través de 5 puntos que evalúa la frecuencia en que se experimenta el apoyo.
- Apoyo Social Familiar: Se evaluó con una medida unidimensional que examina la experiencia del apoyo social familiar a través del grado de satisfacción por medio de cinco opciones de respuesta que varían de 1=nada satisfecho a 5=muy satisfecho
- Depresión: Evalúa el grado en que una persona experimenta un síntoma depresivo actualmente desde una concepción unidimensional a través de

21 preguntas las cuales cada una integra cuatro oraciones que reflejan el síntoma depresivo de forma gradual siendo el de mayor puntaje el que se presenta con mayor frecuencia e intensidad.

- Calidad de Vida: Medida multidimensional que explora 7 componentes de la vida: 1) Hogar y Bienestar Económico, 2) Amigos Vecindario y Comunidad 3) Vida Familiar Extensa, 4) Educación y Ocio, 5) Medios de Comunicación, 6) Religión y 7) Salud. El rango de respuesta es de 5 puntos puntuados según el grado de satisfacción, variando de 1 (insatisfecho) a 5 (satisfecho).

CAPITULO II: MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

Según Ato, López y Benavente (2013) el diseño del presente estudio sigue una estrategia asociativa de tipo predictivo dado que recolecta información sobre un mismo fenómeno en una muestra y establece asociaciones en base a los datos recogidos. Además, es descriptiva porque su orientación es contar con un conocimiento de la realidad de la manera en la que manifiesta en un contexto espacio-temporal particular (Sánchez & Reyes, 2009).

2.2 Participantes

Como criterios de inclusión se consideró que fueran pacientes que se encuentren internados en el hospital, que tuvieran diabetes tipo II y sean mayores de 18 años de edad. Como criterios de exclusión, se tomó en cuenta no incluir a participantes que tuvieran otros problemas médicos no desarrollados por la diabetes y que tuvieran algún impedimento físico que dificultara su participación en el test.

Participaron 76 pacientes con edades de 25 a 91 años ($M= 64.75$; $DE= 13.77$), con 50% mujeres y 50% hombres, de un hospital de salud pública. En su mayoría los participantes reportaron haber nacido en provincias (60.5%) y el resto de Lima (39.5%). En cuanto al nivel educativo 30.3% tuvieron primaria, 27.6% secundaria, 19.8% educación técnica, y 22.4% superior. La mayoría reportaron estar casada (55.3%), con el número de hijos entre 0 y 10. El tratamiento de diabetes se inició en un rango entre 0 a 42 años atrás ($M=14.77$, $DE=9.29$).

Se utilizó un muestreo de tipo accidental (León & Montero, 2006) para la selección de los pacientes quienes se encontraban internados en un hospital de salud pública de Lima metropolitana al momento de su participación. Todos los pacientes recibieron un consentimiento informado donde se describía el objetivo y actividades del estudio. Así mismo se les aseguró el carácter confidencial y anónimo de la información a brindar y se indicó que su participación era completamente voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento del estudio.

2.3 Instrumentos de medición

Ante la ausencia de estudios de validación de los instrumentos de medición en la muestra de estudio, se procedió a dar evidencias de validez de la estructura interna a través del análisis factorial exploratorio. Como requisitos previos al análisis, se consignó el método de mínimos cuadrados no ponderados debido al cumplimiento de la no normalidad y la poca cantidad muestral (Ximénez & García, 2005), empleando la rotación Promax. Además, se especificó el número de factores a extraer. En cuanto a las cargas factoriales, fueron conservadas aquellas que presentaban niveles mayores a .40 (Zwick & Velicer, 1986). Para la confiabilidad de los puntajes, se analizó la consistencia interna a través del coeficiente alfa (α) de Cronbach (1951) esperando niveles mayores a .70.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Steer, 1984). Es una de las pruebas que se utiliza más ampliamente en la práctica clínica por diversas razones, por ser altamente fiable, permitir diferenciar los trastornos depresivos según su intensidad, tener más de cincuenta años de aplicación con adaptaciones subsecuentes (el 2011, la última), ser fácil de aplicar y de interpretar, lleva el nombre de su inventor, el psiquiatra Aaron T. Beck. Es el propio paciente quien responde el cuestionario, identificando los síntomas clínicos que más se acercan a los que padece. Puede ser desarrollada colectivamente o de manera individual hasta en un máximo de 10 minutos habitualmente. El BDI evalúa la depresión considerando el estado anímico de la persona a través de 21 reactivos. La puntuación de cada uno de los reactivos varía de 0 a 3 y considera el grado de intensidad, siendo niveles más elevados asociados a indicadores basados en el criterio del DSM-IV, o sea va desde depresión baja, pasando por leve, moderada hasta depresión grave, según la puntuación. Por ejemplo, 0 = No me siento especialmente desanimado/a ante el futuro, 1 = Creo que he fracasado más que cualquier persona normal, 2 = Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos, 3 = Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) y prueba de esfericidad de Bartlett. El análisis factorial es una técnica de reducción de datos que permite establecer grupos homogéneos de variables cuando se tiene un conjunto numeroso de variables. Estos grupos homogéneos se establecen seleccionando las variables que correlacionan mejor entre sí y tratando, al inicio, que cada grupo sea lo más independiente de los otros

Cuando se recoge un gran número de variables de forma simultánea es importante tratar de establecer si las preguntas del cuestionario se agrupan de

alguna forma característica. Para ello, si aplicamos un análisis factorial a las respuestas de los sujetos se puede encontrar algunos grupos de ellas con significado común, consiguiéndose así disminuir el número de dimensiones necesarias para explicar con mayor claridad las respuestas de los sujetos, facilitándose el análisis estadístico y permitiendo la validación de cuestionarios.

En el presente trabajo, la aplicación de estos métodos nos permite realizar al análisis desde el punto de vista estadístico, para validar los resultados obtenidos.

Considerando el análisis factorial exploratorio realizado, el KMO fue .85, lo cual es considerado bueno, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, $\chi^2=943.84$, $p < .001$. El análisis indicó la presencia de un solo factor que explicaba el 42.97% de variabilidad del constructo. En cuanto a las cargas factoriales, cada una de ellas fue mayor a .40 (ver Anexo C). Sobre la confiabilidad de consistencia interna, se encontró que $\alpha = .927$ siendo este coeficiente aceptable.

Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS; Sherbourne & Stewart, 1991). Fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991, con el objeto de establecer la percepción que tiene el evaluado sobre el apoyo que recibe. Es un instrumento de medición de la percepción de soporte social elaborado para ser aplicado en pacientes con patologías crónicas. El MOS-SSS cuenta con 20 ítems que conforman dos áreas; la primera refiere al apoyo cuantitativo y es examinado en un solo ítem, que brinda el número de personas que conforman la red social de la persona y la segunda al apoyo cualitativo, es decir a los tipos de apoyo: emocional/informativo, instrumental tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Estas cuatro dimensiones se responden en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de 0 = nunca a 4 = siempre.

En el presente estudio se utilizó la versión validada al español por De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) quienes realizaron el estudio a través del análisis factorial exploratorio conservando la estructura dimensional y la cantidad de ítems. En el presente estudio los resultados del análisis factorial exploratorio indicaron un KMO adecuado (.901) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, $\chi^2=1837.66$, $p <.001$. El análisis indicó la presencia de dos factores que explicaban el 76.74% de variabilidad de los puntajes. Sobre la confiabilidad, considerando los ítems que se integran en los factores del MOSS, presentaron niveles adecuados de consistencia interna en el caso del apoyo emocional/informacional ($\alpha =.965$), instrumental ($\alpha =.894$) y social ($\alpha =.918$), sin embargo, la dimensión de apoyo afectivo presentó un coeficiente bajo ($\alpha =.654$).

The Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6; Sarason, Sarason, Hacker, & Basham, 1985). El SSQ-6 es una versión breve de 6 ítems cuya versión original fue elaborada por Sarason et al. (1985) y la versión en español traducida por Villora (2012). El SSQ-6 evalúa la percepción de disponibilidad y satisfacción de apoyo social que perciben las personas con una escala ordinal de satisfacción con cinco opciones de respuesta que va desde 1=nada satisfecho a 5=muy satisfecho. Distingue dos aspectos esenciales del apoyo social, de disponibilidad referido a la percepción del número de personas con la que puede contar en caso de necesidad, y la percepción del grado de satisfacción que le permite ese entorno, dimensiones que contribuyen al ajuste de la enfermedad.

El análisis factorial exploratorio identificó un KMO adecuado = .903 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2=555.94$, $p <.001$). El análisis paralelo indicó la presencia de un solo factor que explicaba el 84.81% de variabilidad de los puntajes. En cuanto a las cargas factoriales, cada una de ellas

fue mayor al .40 (ver Anexo C). Sobre la confiabilidad de consistencia interna, se encontró un índice α de .963 siendo este coeficiente aceptable.

Escala de Calidad de Vida (ECV; Olson & Barnes, 1982). La escala de calidad de vida es un instrumento de medición de auto informe que se elaboró con la finalidad de evaluar la percepción de satisfacción que presentan las personas dentro de diferentes dominios de su vida (e.g., hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión, salud) a través de 75 ítems. Los ítems son evaluados a través de una escala de satisfacción dentro de un rango ordinal de 1 = insatisfacción, 2 = un poco satisfecho, 3 = más o menos satisfechos, 4 = bastante satisfecho y, 5 = completamente satisfecho.

En el presente estudio se utilizará la validación peruana de Grimaldo (2012) que fue elaborada en estudiantes escolares empleando como evidencia de validez la examinación de la estructura interna a través del análisis factorial exploratorio teniendo como resultado una reducción de ítems, conservando el instrumento el total de sus dimensiones explorado a través de 24 ítems.

Para el análisis factorial, previamente se constató un KMO adecuado .831 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2=1528.33$, $p < .001$). Sobre la varianza explicada, se indicó que la presencia de 7 factores indicaba un porcentaje de 80.98%. La confiabilidad en cada una de los factores de la ECV, presentaron valores dentro del criterio esperando en cada uno de los factores: salud (.911), vida familiar y familiar extensa (.810), educación y ocio (.844), hogar y bienestar económico (.929), amigos, vecindario y comunidad (.770), medios de comunicación (.778), y religión (.889).

2.4 Procedimiento

Se solicitó permiso al jefe del servicio de endocrinología de la Red Asistencial de un hospital público de Lima para la evaluación de los pacientes internados y de aquellos que se encontraban consulta externa que presentarán diabetes de tipo II para examinar aquellos aspectos que aportaran a su calidad de vida. El estudio contó con el apoyo correspondiente y como psicóloga asignada a dicha área, se otorgaron las facilidades para la recolección de los datos en los respectivos consultorios y salas de hospitalización. Se contó con los materiales para recabar la información. En algunos casos, se acordó la posibilidad de evaluar a los pacientes que ingresaron por la hospitalización de emergencia.

Los participantes fueron informados de la investigación y se les hizo firmar el acuerdo del consentimiento informado que indicaba el resguardo de su identidad y la protección contra cualquier daño físico y/o psicológico cumpliendo de esta forma con el acuerdo de los derechos de Helsinki.

2.5 Análisis de datos

La ejecución de los análisis se realizó empleando el paquete estadístico IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 22. El análisis descriptivo de los datos de las variables latentes se hizo a través de las medidas de tendencia central, media y mediana, de dispersión, desviación estándar, mínimo y máximo.

Se analizó la prueba de bondad de ajuste obtenido resultado del empleo de pruebas no paramétricas debido al incumplimiento de la normalidad de las escalas (Anexo D).

El análisis de comparación según el sexo se llevó a cabo empleando la prueba *U* de Mann-Whitney y se utilizó el coeficiente de correlación Spearman para evaluar el grado de asociación entre las variables latentes tomando como criterio

para evaluar la magnitud de las correlaciones, la propuesta por Cohen (1988): $<.10$ sin asociación; $.10$ a $.30$ baja asociación, de $.31$ a $.50$ moderada asociación y $>.51$ grande asociación.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivos

En la tabla 1, se presentan los estadísticos descriptivos de los constructos de estudio. La desviación estándar fue elevada y cercana a la media en relación a la depresión principalmente, por lo que podría afirmarse que la variabilidad de los puntajes fue mayor en este caso.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de la Sintomatología Depresiva, Apoyo Social y Calidad de Vida

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Sintomatología depresiva	19.55	17.5	11.61	2	56
Apoyo social					
Emocional/informativo	28.11	31	8.30	8	40
Instrumental	15.38	16	3.85	4	20
Interacción social	13.74	14.5	4.17	4	20
Afectivo	11.41	12	2.96	3	15
Familiar	21.39	23	5.80	7	30
Calidad de vida	69.45	70	14.67	33	104
HBE	2.85	3	0.89	1	5
AVC	2.98	3	0.71	1	4.25
VFFE	3.34	3.38	0.87	1.5	5
EO	2.59	2.67	0.95	1	5
Medios	2.76	2.75	0.79	1.25	5
Religión	3.41	3.5	0.93	1	5
Salud	2.15	2	1.07	1	4.5

Nota: HBE= Hogar y bienestar económico; AVC= Amigos, vecindario y comunidad; VFFE= Vida familiar y familia extensa; EO= Educación y ocio.

En cuanto a las variables sociodemográficas de edad en años se encontró una asociación directa y pequeña con sintomatología depresiva (SD), $r=.227$, $p=.049$

y una inversa y pequeña con la dimensión de hogar-bienestar económico de la calidad de vida, $r = -.238$, $p = .038$. Así, a mayor edad, mayor puntaje de SD y menor puntaje en hogar-bienestar económico, y viceversa.

3.2 Análisis de comparación

En la tabla 2 se observa el análisis de comparación donde no se encontraron diferencias en ninguno de los constructos según el sexo del participante.

Tabla 2

Análisis de Comparación según Sexo del Participante

	Sexo						U	p
	Varones n=38			Mujeres n= 38				
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE		
SD	18.63	18	10.37	20.47	17.5	12.81	678.5	.65
Apoyo social								
AEI	28.11	31.5	9.08	28.11	31	7.56	707.0	.88
Instrumental	15.18	16	4.58	15.58	16	2.99	689.5	.73
Inter. social	13.82	16	4.87	13.66	14	3.41	660.5	.52
Afectivo	11.39	12	3.30	11.42	12	2.61	685.0	.70
Familiar	21.79	24	5.83	21.00	22	5.83	658.5	.51
CV								
Global	68.76	69.5	16.09	70.13	74.5	13.27	648.0	.44
HBE	2.92	3	1.00	2.78	2.8	0.77	627.5	.32
AVC	2.97	3	0.79	2.99	3	0.62	718.0	.97
VFFE	3.26	3.25	0.85	3.41	3.5	0.90	678.5	.65
EO	2.58	2.67	1.03	2.60	2.67	0.88	706.0	.87
Medios	2.80	2.75	0.79	2.72	2.75	0.79	696.0	.79
Religión	3.24	3.50	0.96	3.59	3.5	0.88	619.0	.27
Salud	1.91	1.5	1.11	2.37	2.75	0.99	547.0	.06

Nota: AEI= Apoyo emocional/informativo; HBE= Hogar y bienestar económico; AVC= Amigos, vecindario y comunidad; VFFE= Vida familiar y familia extensa; EO= Educación y ocio

3.3 Análisis de correlación

Sobre el apoyo social y la calidad de vida, se observan asociaciones positivas siendo la correlación del puntaje global con el apoyo familiar la de mayor magnitud. A nivel de las dimensiones de la calidad de vida, sus asociaciones con

el apoyo social variaron en cuanto a significancia y magnitud, siendo la calidad de vida familiar y familia extensa aquella que presentó asociación con cada una de las dimensiones del apoyo social mientras que la dimensión de salud fue aquella que no presentó ninguna asociación. Además, se encontró que la SD se asocia de manera inversa con el apoyo emocional/información, de interacción social y familiar más no con apoyo instrumental o afectivo.

Tabla 3

Correlaciones entre Sintomatología Depresiva, Apoyo Social, y Calidad de Vida

	SD	AS emocional / informativo	AS instrumenta l	AS interacción social	AS afectivo	AS familiar
SD	-	-.257*	-.100	-.270*	-.151	.407***
CV	-.427***	.482**	.269*	.449***	.391***	.514***
HBE	-.358**	.357**	.170	.378**	.330**	.390***
AVC	-.506***	.318**	.138	.291*	.253*	.390***
VFFE	-.246*	.628***	.410***	.597***	.499***	.497***
EO	-.484***	.286*	.087	.266*	.167	.471***
Medios	-.084	.513***	.301**	.516***	.375**	.434***
Religión	.095	.289*	.146	.260*	.115	.196
Salud	-.467***	-.049	-.048	-.070	-.028	.061

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$ Nota: HBE= Hogar y bienestar económico; AVC= Amigos, vecindario y comunidad; VFFE= Vida familiar y familia extensa; EO= Educación y ocio

Adicionalmente se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple teniendo como variables de entrada la sintomatología depresiva y las dimensiones de apoyo emocional, instrumental, afectivo y familiar, y como variable resultado al puntaje global de calidad de vida. Se omitió la inclusión de la dimensión de apoyo de interacción social por presentar colinealidad.

En la tabla 4 se muestra los indicadores del modelo y tanto el apoyo instrumental como familiar explican significativamente la variabilidad de la calidad

de vida. Apoyo emocional y apoyo afectivo presentan significancias marginales ($p < .10$).

Tabla 4

Análisis de Regresión de Sintomatología Depresiva y Apoyo Social como Predictores de Calidad de Vida

	<i>B</i>	<i>EEB</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo				.463	.425	12.08	<.001
SD	-.197	.130	-.156				
AS emocional	.623	.318	.353 ^t				
AS instrumental	-1.392	.681	-.365*				
AS afectivo	1.689	.985	.341 ^t				
AS familiar	.783	.272	.310**				

^t $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo identificar las relaciones de la sintomatología depresiva y el apoyo social con la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II de un hospital de la ciudad de Lima metropolitana.

A continuación, se interpretan los resultados que responden al objetivo general discutiendo el aporte de las redes del apoyo instrumental y familiar a la calidad de vida, así como los hallazgos que responden a los objetivos específicos en cuanto a la edad y las diferencias esperadas según el sexo.

En cuanto al objetivo e hipótesis principal del estudio de investigación, se confirma que existe relación entre la sintomatología depresiva, el apoyo social y la calidad de vida en personas con diabetes tipo II. Así, el estudio corrobora las relaciones entre la sintomatología depresiva y el apoyo social con la calidad de vida, presentando principalmente efectos significativos del apoyo instrumental y familiar. Sobre las variables sociodemográficas, la edad tuvo asociación directa y pequeña con sintomatología depresiva e inversa y pequeña con la dimensión de hogar-bienestar económico de la calidad de vida. Así, a mayor edad, mayor puntaje de SD y menor puntaje en hogar-bienestar económico, y viceversa.

A nivel de las dimensiones de la calidad de vida, sus asociaciones con el apoyo social variaron en cuanto a significancia y magnitud, siendo la calidad de vida familiar y familia extensa aquella que presentó asociación con cada una de las dimensiones del apoyo social mientras que la dimensión de salud fue aquella que no presentó ninguna asociación. Además, se encontró que la SD se asocia de manera inversa con el apoyo emocional/información, de interacción social y familiar más no con apoyo instrumental o afectivo.

Asimismo, se rechaza la hipótesis sobre las diferencias entre mujeres y hombres. Con respecto a la edad, la hipótesis de investigación se confirma, encontrando una relación inversa entre edad y sintomatología depresiva, sin embargo, estas relaciones se rechazaron con las demás variables.

Los resultados de la presente investigación son consistentes con otros reportes de investigación demostrando al apoyo social como un recurso que media las relaciones entre la depresión y la calidad de vida, posibilitando una reducción de la sintomatología depresiva (Kong, Hu, Yao, & Zhao, 2018; Pinar, Okdem, Buyukgonenc, & Ayhan, 2012). De manera particular, se encontró que el apoyo familiar e instrumental fueron las fuentes de apoyo más importantes en predecir la calidad de vida reportada por los pacientes con diabetes tipo II. De esta manera, se constata la importancia del apoyo social como un recurso protector para las personas con diabetes (Koetsenruijter et al., 2015).

El apoyo familiar en pacientes con diabetes tipo II es importante pues está demostrado que una percepción elevada de soporte por parte de los familiares se asocia con la adherencia de los pacientes a mantener su autocuidado, en seguir los consejos profesionales, adoptar un adecuado estilo de vida y autonomía en sus quehaceres (van Dam et al., 2005). De esta manera, puede apreciarse que el apoyo familiar es un componente importante en la vida de las personas pues los acerca al disfrute a la adaptabilidad frente a su condición médica. Una menor percepción de soporte familiar conllevaría a que la sostenibilidad del autocuidado de las personas con diabetes se deteriore afectando su salud (Kadirvelu, Sadasivan, & Ng, 2012).

El apoyo familiar representa una fuente de apoyo que impulsa a las personas con diabetes a enfrentar vulnerabilidades físicas, sociales y económicas y percibir un estado de calidad de vida global (DiMateo, 2004; Xuanping Zhang, Norris,

Gregg, & Beckles, 2007). Se conoce que la relación entre pacientes con diabetes y familia se vuelve más cercana a partir del diagnóstico del familiar con diabetes, expresando mayor preocupación por la condición médica del individuo (Martínez & Torres, 2007).

En un estudio con adultos mayores se indagaron las experiencias de los participantes que presentaban el diagnóstico de diabetes. La pérdida de libertad en la elección de comidas y actividades, debido a la enfermedad, los volvía irritables y con cambios de ánimo, siendo el apoyo familiar un componente que posibilitaba la reducción de estos malestares emocionales (Badriah & Sahar, 2018). Además también se encontró que el apoyo familiar posibilita que el paciente tenga una mejor respuesta en el tratamiento médico, específicamente en el control glucémico (Pereira, Berg-Cross, Almeida, & Machado, 2008). Asimismo, los pacientes con diabetes perciben un mayor apoyo de sus familias cuando son ellas quienes mantienen información y los guían en el tratamiento de la enfermedad (Baig, Benitez, Quinn, & Burnet, 2015; Konradsdottir & Svavarsdottir, 2011; Valenciaga, Gonzáles, Pons, & Sanchez, 1995).

Un resultado contrario a lo esperado fue el hallazgo del efecto negativo del apoyo instrumental en la calidad de vida. Siendo el apoyo instrumental la percepción del grado de ayuda directa que recibe el/la paciente de los demás (De Paulo, Nadler, & Fisher, 1983), se esperaba que brindara beneficios respecto al control de su enfermedad (Miller & DiMatteo, 2013). Sin embargo, el apoyo instrumental puede ser evaluado negativamente debido a que las personas pueden percibirse como carentes de autosuficiencia (Pérez & Martín, 1995). Más aún, se ha reportado que las personas con diabetes al recibir apoyo instrumental suelen

asociarse a indicadores de sintomatología depresiva (Bogat, Sullivan, & Grober, 1993; Griffith, Field, & Lustman, 1990).

En cuanto a los hallazgos con variables sociodemográficas, se encontró que la edad y los síntomas de depresión se encuentran asociados de manera positiva, es decir, que a mayor edad se aprecia mayor puntaje en sintomatología, y viceversa, aunque con un bajo tamaño del efecto. Se conoce que los diferentes resultados relacionados a la edad pueden deberse a las implicancias psicológicas y sociales por las cuales se encuentre cursando el paciente por lo que no hay un consenso claro en esta asociación (Roy & Lloyd, 2012). Por ejemplo, en países europeos se ha encontrado que las personas adultas mayores con diabetes son menos propensas a síntomas depresivos en comparación que los jóvenes debido a que tienen experiencia sobre cómo hacer frente a este tipo de enfermedades (Berge, Riise, Tell, Iversen, Østbye, Lund, & Knudsen, 2015). En el caso de la presente investigación, la relación pequeña pero significativa puede deberse a implicancias propias de la severidad del cuadro de diabetes, o al hecho de encontrarse lejos de su lugar de origen que pueden constituir estresores adicionales en los pacientes con mayor edad.

En cuanto al análisis de comparación según el sexo del participante, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de sintomatología depresiva. Investigaciones muestran que las mujeres con diabetes suelen desarrollar depresión a diferencia de los varones (Demmer et al., 2016; Urrutia-Aliano & Segura, 2016) incrementado este riesgo en ausencia del apoyo social (Zhao, Chen, Lin, & Sigal, 2006). Sin embargo, otros reportes rechazan esta diferencia (Engum, 2007) siendo su explicación que las mujeres con diabetes al encontrarse vulnerables psicológicamente, recurren a centros de salud por atención psicológica

con mayor frecuencia que los hombres (Chen, Chan, Chen, Ko, & Li, 2012). En base a ello, se podría esperar también que la muestra de estudio refleje la ausencia de diferencias de sintomatología depresiva en el contexto peruano.

Limitaciones de la investigación

Como parte de las limitaciones, puede hacerse mención a la cantidad muestral y el muestreo de tipo no probabilístico aplicado en esta muestra de estudio por lo que no se podría generalizar los resultados de la investigación. Además, de las características sociodemográficas solo se incluyeron la edad y el sexo omitiendo otras variables que podrían ser relevantes en la interpretación de los resultados.

CONCLUSIONES

1. Los resultados indican asociaciones bivariadas entre la sintomatología depresiva, las dimensiones de apoyo social y la calidad de vida. Estos resultados son convergentes con investigaciones previas en reportes internacionales de investigación.
2. El apoyo instrumental y el soporte familiar son dimensiones explicativas de la calidad de vida reportada por pacientes con diabetes tipo II, el primero de manera inversa y el segundo de manera positiva. Las personas con diabetes tipo II, no agradan que sean apoyados instrumentalmente porque se perciben carentes de capacidades para afrontar sus problemas y esto afecta su calidad de vida. Por el contrario, son estos pacientes quienes si necesitan vivenciar experiencias de afecto con sus familiares para que de esta manera tengan una mejor calidad de vida.
3. Se demostró que a medida que la edad avanza en los pacientes con diabetes de tipo II, la potencialidad de desencadenar depresión es latente probablemente por la severidad del cuadro, o por encontrarse al hecho en un lugar lejos de su lugar de origen siendo esta un estresor relevante para las personas.
4. La ausencia de diferencias entre las variables de estudio y el sexo representa un resultado similar a otros reportes siendo el contexto sociocultural relevante en su explicación, pero a su vez es prescindible la necesidad de elaborar mayores investigaciones para determinar una conclusión de mayor solvencia.

5. Es prioritaria considerar una evaluación periódica sobre la calidad de vida en pacientes con diabetes de tipo II y considerar al apoyo social familiar como fuente principal de soporte en las medidas de intervención que se busquen implantar para mejorar los niveles de bienestar.
6. La inclusión de medidas vinculadas al malestar como la depresión también son importantes porque brindan información sobre el estado del paciente y son fuente de contraste con las medidas de bienestar como es la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

1. Aumentar la muestra de estudio integrando otros centros hospitalarios y elegir un muestreo probabilístico para una potencial generalización de estudio.
2. Es necesario considerar un estudio longitudinal con respecto a la depresión en este tipo de pacientes para verificar su incremento y verificar sus potenciales causas aunando otras variables de investigación.
3. Es necesario segmentar el grupo muestral de los pacientes según edades para corroborar si el impacto de la depresión es similar y además, para considerar las posibles diferencias en cuanto a las redes de apoyo social y el cambio en la calidad de vida.
4. Considerar la inclusión de otros constructos de estudio como bienestar para acceder los componentes psicológicos y subjetivos de calidad de vida. Sería interesante conocer si las relaciones entre las variables también se presentan en personas con otras enfermedades crónicas.
5. Finalmente, resulta importante facilitar el apoyo familiar en contextos hospitalarios y contribuir a la percepción de calidad de vida en las y los pacientes.

REFERENCIAS

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165–1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- Ali, S., Stone, M., Skinner, T. C., Robertson, N., Davies, M., & Khunti, K. (2010). The association between depression and health-related quality of life in people with type 2 diabetes: A systematic literature review. *Diabetes Metabolism. Research and Reviews*, 26(2), 75–89. <https://doi.org/10.1002/dmrr.1065>
- Alonso, A. (2008). *Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2* (Tesis de doctorado). Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Ato, M., López J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>
- Barrera, M. J. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69–96). Beverly Hills, Estados Unidos: Sage Publications.
- Barrera, M. J. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413–445.

- Badriah, S., & Sahar, J. (2018). Family support in caring for older people with diabetes mellitus: A phenomenology study. *Enfermería Clínica*, 28, 245–249. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(18\)30077-9](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(18)30077-9)
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1365–1367. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198411\)40:6<1365::aid-jclp2270400615>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::aid-jclp2270400615>3.0.co;2-d)
- Berge, L. I., Riise, T., Tell, G. S., Iversen, M. M., Østbye, T., Lund, A., & Knudsen, A. K. (2015). Depression in persons with diabetes by age and antidiabetic treatment: a cross-sectional analysis with data from the Hordaland health study. *PLOS ONE*, 10(5), e0127161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127161>
- Bogat, G. A., Sullivan, L. A., & Grober J. (1993). Application of social support to preventive interventions. En Glenwick D. S, Jason L. A (Eds.), *Promoting health and mental health in children, youth, and families* (pp. 205-232). Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Carrillo-Larco, R. M., & Bernabé-Ortiz, A. (2019). Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: Una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(1), 26–36. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4027>
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*, 64(11), 1040–1043. <https://doi.org/10.2105/ajph.64.11.1040>
- Chen, P.-C., Chan, Y.-T., Chen, H.-F., Ko, M.-C., & Li, C.-Y. (2012). Population-based cohort Analyses of the bidirectional relationship between type 2

- diabetes and depression. *Diabetes Care*, 36(2), 376–382.
<https://doi.org/10.2337/dc12-0473>
- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., & Malanda, B. (2018). IDF diabetes atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138, 271–281.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva York, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S. E. Taylor, & J. G. Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health* Vol. IV (pp. 253-267). Hillsdale, Estados Unidos: Erlbaum.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. En B. R. Sarason, I. G. Sarason., & G. R. Pierce (Eds.), *Wiley series on personality processes. Social support: An interactional view*. Oxford, Inglaterra: John Wiley & Sons.

- Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. Problems and prospects for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(6), 403–417. <https://doi.org/10.1097/00005053-197712000-00006>
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia. Andalucía*, 6(1), 10-18.
- Demmer, R. T., Gelb, S., Suglia, S. F., Keyes, K. M., Aiello, A. E., Colombo, P. C.,... Kubzansky, L. D. (2015). Sex differences in the association between depression, anxiety, and type 2 diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 77(4), 467–477. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000169>
- DePaulo, B. M., Nadler, A., & Fisher, J. D. (1983). *New directions in helping (Vol. II): Help-seeking*. Nueva York: Academic Press.
- Derakhshanpour, F., Ali, M., Farsinia, M., & Mirkarimi, K. (2015). Depression and quality life in patients with type 2 diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(5), e27676. [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.27676](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.27676)
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Göz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). Effects of the diabetic patients perceived social support on their quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1353-1360. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01472.x>
- Griffith, L. S., Field, B. J., & Lustman, P. J. (1990). Life stress and social support in diabetes: association with glycemic control. *The International Journal of*

- Psychiatry in Medicine*, 20(4), 365–372. <https://doi.org/10.2190/aph4-ymbg-nvrl-vlwd>
- Grimaldo, M. P. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Avances en Psicología*, 20(1), 89-102.
- National Institute of Mental Health. (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Estados Unidos: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Ng, S. H. (2012). Social support in type II diabetes care: A case of too little, too late. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 5, 407-417. <https://doi.org/10.2147/dmso.s37183>
- Koetsenruijter, J., van Lieshout, J., Lionis, C., Portillo, M. C., Vassilev, I., Todorova, E., ... Wensing, M. (2015). Social support and health in diabetes patients: An observational study in six European countries in an era of austerity. *PLoS ONE*, 10(8), e0135079. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135079>
- Kong, L.-N., Hu, P., Yao, Y., & Zhao, Q.-H. (2018). Social support as a mediator between depression and quality of life in Chinese community-dwelling older adults with chronic disease. *Geriatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.014>
- Konradsdottir, E., & Svavarsdottir, E. K. (2011). How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(4), 295–304. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00297.x>
- Lagos-Mendez, H., & Flores-Rodríguez, N. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo con diabetes mellitus e hipertensión en el hospital de Puente Piedra. *Cuidado y Salud / KAWSAYNICHIS*, 1(2), 85-92.

- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95–100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- León, O., & Montero, I. (2006). *Metodologías científicas en psicología*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.joon.2004.11.001>
- Martinez, B., & Torres, L. E. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino-dependientes. *Psicología y Salud*, 17(2), 229-240.
- Mata Cases, M., Roset Gamisans, M., Badia Llach, X., Antoñanzas Villar, F., & Ragel Alcázar, J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493–499. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70722-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70722-7)
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2383–2390. <https://doi.org/10.2337/dc08-09.85>
- Miller, T., & DiMatteo, R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 421. <https://doi.org/10.2147/dmso.s36368>

- Muñoz Rodríguez, D. I, Gomez Gutierrez, O. L., & Ballesteros, L. C. (2014). Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 246–259. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n2.38964>
- Naicker, K., Johnson, J. A., Skogen, J. C., Manuel, D., Øverland, S., Siverstsen, B., & Colman, I. (2017). Type 2 diabetes and comorbid symptoms of depression and anxiety: Longitudinal associations with mortality risk. *Diabetes Care*, 40(3), 352–358. <https://doi.org/10.2337/dc16-2018>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Suiza: Autor.
- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Pereira, M. G., Berg-Cross, L., Almeida, P., & Machado J. C. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International Journal of Behavior Medicine*, 15(3), 187-193. <https://doi.org/10.1080/10705500802222436>
- Pérez, J., & Martín, F. (1996). *NTP 439: El apoyo social*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). España.
- Pichon-Riviere A, Irazola V, Beratarrechea A, Alcaraz A, Carrara C. (2015). Quality of life in type 2 diabetes mellitus patients requiring insulin treatment in Buenos Aires, Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7); 475–480. doi:10.15171/ijhpm.2015.80

- Pinar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing, 35*(3), 229–235. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31822c47bd>
- Ramkisson, S., Pillay, B. J., & Sibanda. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 9*(1), e1-e8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405>
- Romero, C. (2015). *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 142*, S8–S21. [https://doi:10.1016/s0165-0327\(12\)70004-6](https://doi:10.1016/s0165-0327(12)70004-6)
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A., & Basham, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*(2), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.2.469>
- Seclén, S. (2015). Diabetes mellitus en el Perú: Hacia dónde vamos. *Revista Médica Herediana, 26*(1), 3–4.
- Sharfi Rad, G., Azad Bakht, L., Feizi, A., & Mohebi, S. (2013). Importance of social support in diabetes care. *Journal of Education and Health Promotion, 2*(1), 62. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.120864>
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(2), 145–159. <https://doi.org/10.2307/2136511>

- Tovar, E., Kay, M, Gokun, Y., & Clark, M. (2015). Mediators of adherence among adults with comorbid diabetes and depression: The role of self-efficacy and social support. *Journal of Health Psychology, 20*(11), 1405-1415. doi: 10.1177/1359105313512514
- Trikkalinou, A., Papazfiropoulou, A. K., Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality life. *World Journal Diabetes, 8*(4), 120-129. doi: 10.4239/wjd.v8.i4.120
- Urrutia Aliano, D., & Segura, E. R. (2016). Depressive symptoms and type 2 diabetes mellitus in outpatients of an armed forces hospital in Lima, Peru, 2012: a cross-sectional study. *Medwave, 16*(3), e6435. <https://doi.org/10.5867/medwave.2016.03.6435>
- Valenciaga, J. L., Gonzales F., Pons, P., & Sánchez, O. (1995). Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 11*(2), 144-149.
- van Dam, H. A., van der Horst, F. G., Knoop, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., & van den Borne, B. H. (2005). Social support in diabetes: A systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling, 59*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.11.001>
- Varillas, S. (2015). *Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica en el servicio de consulta externa hospital Octavio Mongrut-2015* (Tesis de licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Perú.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología, 1*(2), 125-137.

- Ximénez, M. C., & García, A. G. (2005). Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial confirmatorio mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*, 17(3), 528-535.
- Xuanping Zhang, Norris, S. L., Gregg, E. W., & Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *The Diabetes Educator*, 33(2), 273–281. <https://doi.org/10.1177/0145721707299265>
- Zhao, W., Chen, Y., Lin, M., & Sigal, R. J. (2006). Association between diabetes and depression: Sex and age differences. *Public Health*, 120(8), 696–704. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.04.012>

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es llevada a cabo por la psicóloga Violeta Angélica Alvarado Ríos como parte de la elaboración de la tesis de la Maestría en Psicología de la Universidad de San Martín de Porres, asesorada por la psicóloga Patricia Bárrig. El objetivo del estudio es conocer características individuales y familiares de pacientes que presentan diabetes tipo II.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ninguno otro propósito fuera de los de esta investigación. Usted puede suspender su participación en cualquier momento si así lo desea.

Además, si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en todo momento escribiendo al correo indicado. Si bien no se entregaran resultados individuales, debido a que estos no se tendrán por el carácter anónimo del estudio, si usted tiene deseos de conocer los resultados generales de la investigación, puede contactar a su autora al siguiente correo: violeta.alvarado@essalud.gob.pe

Desde ya le agradezco su participación.

SÍ ACEPTO participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

ANEXO B

FICHA DE DATOS

Estimado (a) paciente, le solicitamos que complete la presente ficha de datos. La información proporcionada es **confidencial**, es decir, ésta solo será utilizada para fines del presente estudio y no será compartida con nadie ajeno al estudio. Por favor responda **TODAS** las preguntas.

1. Edad : _____ años.
2. Género : masculino femenino
3. Número de hijos: _____ menores de edad _____ mayores de edad
4. Estado civil:
Soltero/a _____ Conviviente _____ Casado/a _____ Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/ a _____
5. Lugar de nacimiento: _____
6. Número de personas que viven en casa: _____ adultos _____ niños
7. Nivel educativo:
Primaria incompleta _____
Primaria completa _____
Secundaria incompleta _____
Secundaria completa _____
Superior técnica incompleta _____
Superior técnica completa _____
Superior incompleta _____
Superior completa _____
8. Ocupación actual:
Obrera _____
Empleada _____
Técnica _____
Profesional _____
Negociante _____
Independiente _____
Ama de casa _____
Otra (describir): _____
9. Número de horas a la semana dedicadas al tratamiento de su enfermedad: _____
10. ¿De quién recibe apoyo para realizar su tratamiento (marque todas las que corresponda):
Padres _____ Pareja/cónyuge _____ Hijos _____ Otros familiares _____ Personal de salud _____

ANEXO C

ANÁLISIS FACTORIAL DE INSTRUMENTOS

Tabla C1

Cargas factoriales del Beck Depression Inventory

Síntomatología depresiva	Cargas factoriales
Ítem 1	.753
Ítem 2	.757
Ítem 3	.709
Ítem 4	.676
Ítem 5	.522
Ítem 6	.569
Ítem 7	.540
Ítem 8	.627
Ítem 9	.606
Ítem 10	.744
Ítem 11	.570
Ítem 12	.755
Ítem 13	.554
Ítem 14	.681
Ítem 15	.594
Ítem 16	.684
Ítem 17	.683
Ítem 18	.595
Ítem 19	.495
Ítem 20	.558
Ítem 21	.559

Tabla C2

Cargas factoriales del MOS-SSS

Apoyo percibido	F1	F2	F3	F4
MOS-SSS 2	-.099	.783	.190	.041
MOS-SSS 3	.078	.688	.134	.109
MOS-SSS 4	.295	.714	.063	-.203
MOS-SSS 5	-.136	.616	.005	.472
MOS-SSS 6	-.090	.643	.231	.187
MOS-SSS 7	.485	.580	-.183	.067
MOS-SSS 8	.441	.609	-.091	.029
MOS-SSS 9	.645	.442	-.006	-.159
MOS-SSS 10	.205	.149	.544	.177
MOS-SSS 11	.971	-.114	-.043	.080
MOS-SSS 12	.132	-.022	.240	.741
MOS-SSS 13	.857	-.053	-.051	.284
MOS-SSS 14	.766	.101	-.137	.278
MOS-SSS 15	-.071	.189	.602	.328
MOS-SSS 16	.726	.125	.156	-.033

MOS-SSS 17	.729	-.018	.363	-.078
MOS-SSS 18	.723	-.008	.293	-.143
MOS-SSS 19	.669	-.033	.289	.042
MOS-SSS 20	.154	.071	.744	.052

Tabla C3

Cargas Factoriales del SSQ-6

Apoyo familiar	Cargas factoriales
SSQ 1	.868
SSQ 2	.938
SSQ 3	.902
SSQ 4	.852
SSQ 5	.951
SSQ 6	.926

Tabla C4

Cargas Factoriales de la ECV

Calidad de vida	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
ECV 1	.922	-.036	.091	-.203	-.077	.165	.023
ECV 2	.957	.041	-.088	-.153	.094	.001	.082
ECV 3	.853	.072	-.103	.160	.064	-.074	.054
ECV 4	.874	.116	.047	.110	-.073	-.269	-.128
ECV 5	.840	-.151	.012	.104	-.029	-.009	-.142
ECV 6	.289	-.013	-.246	.351	.237	.377	.012
ECV 7	.338	-.041	-.097	.401	.009	.300	.058
ECV 8	.304	.589	.055	-.248	.066	.096	-.019
ECV 9	.378	.194	.139	.043	-.089	.211	.180
ECV 10	.124	-.091	.146	.718	-.077	-.124	-.098
ECV 11	.057	-.046	-.045	.809	.043	.007	-.050
ECV 12	-.101	.259	.562	-.032	.186	.143	-.350
ECV 13	.030	-.092	.386	.378	-.012	.171	-.448
ECV 14	.335	.231	.111	.008	-.084	.192	.101
ECV 15	.088	-.039	-.001	-.010	-.030	.900	-.114
ECV 16	-.018	.000	.056	-.040	-.053	.986	-.045
ECV 17	.046	.140	.914	.065	-.068	-.107	-.138
ECV 18	-.089	-.177	.922	-.062	.054	.095	.075
ECV 19	-.095	.278	.078	.683	-.079	.004	.258
ECV 20	.227	-.394	.388	.161	.144	-.150	.182
ECV 21	.034	.067	.004	-.052	.833	-.015	-.091
ECV 22	-.049	.014	.064	.006	.983	-.069	.044
ECV 23	.023	.935	.029	.091	-.032	-.051	.048
ECV 24	-.057	.986	-.003	.079	.082	-.068	.003

Anexo D

Prueba de Normalidad

Tabla A5

Prueba de normalidad del apoyo social, calidad de vida, y sintomatología depresiva

	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	<i>p</i>
Sintomatología depresiva	.087	.020
Apoyo social		
Emocional/informativo	.196	<.001
Instrumental	.195	<.001
Interacción social	.154	<.001
Afectivo	.198	<.001
Familiar	.189	<.001
Calidad de vida	.105	.037
HBE	.092	.017
AVC	.156	.001
VFFE	.156	<.001
EO	.089	<.001
Medios	.075	<.001
Religión	.184	<.001
Salud	.211	<.001

Nota: HBE= Hogar y bienestar económico; AVC= Amigos, vecindario y comunidad; VFFE= Vida familiar y familia extensa; EO= Educación y ocio