

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina Mexicali



Trabajo terminal

Que para obtener el diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

C. Angélica Gabriela Oviedo García

Asesor de trabajo terminal:

Dra. Graciela Guadalupe López López

**“Percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión
en la UMF 28 en Mexicali, BC.”**

Mexicali, Baja California a 06 de junio del 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA FASE ESCRITA DEL TRABAJO TERMINAL

Mexicali, B.C., a ____ de _____ de _____.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del trabajo terminal titulado "Percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC.", que para obtener el Diploma de **Especialidad en Medicina Familiar**, presenta el(la) C. **Angélica Gabriela Oviedo García**, una vez concluida la evaluación correspondiente, hemos resuelto APROBADO.

Dra. Graciela Guadalupe López López
Presidente

Dra. Dalia Guadalupe Kautzman López
Sinodal

Dra. Raquel Solís Sánchez
Sinodal

Dr. Alberto Barreras Serrano
Sinodal

Dra. Vanessa Johanna Caro
Secretario

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Alumno tesista: Dra. Angélica Gabriela Oviedo García

Matrícula: 97024700

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: (686) 348-92-89

Correo electrónico: angelica.oviedo90@uabc.edu.mx

Investigador principal / responsable: Dra. Graciela Guadalupe López López

Matricula: 99190815

Profesor Titular de Residencia en Medicina Familiar

Institución: UMF No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (686) 5-55-50-85, extensión 31409

Correo electrónico: graciela.lopez@imss.gob.mx

Investigador asociado: Dra. Vanessa Johanna Caro

Matricula: 99264825

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Institución: UMF No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (686) 5-55-50-85, extensión 31409

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador asociado: Dr. Alberto Barreras Serrano.

Adscripción: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias

Matricula: Investigador titular nivel C, TC

Institución: Universidad Autónoma de Baja California.

Teléfono: (686) 563 69 06, extensión 132

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

Contenido

Resumen	4
Marco Teórico.....	6
Antecedentes... ..	10
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Material y métodos.....	16
Diseño del estudio.....	16
Población y Lugar de Estudio.....	16
Periodo de Estudio.....	16
Muestreo.....	16
Tamaño de la Muestra.....	16
Criterios de Selección.....	17
• Procedimientos.....	18
• Instrumentos de Medición.....	19
• Definición de las Variables y Operacionalización	21
• Análisis Estadístico... ..	24
Aspectos Éticos	25
Recursos humanos, materiales, financiamiento y factibilidad	27
Resultados.....	28
Discusión.....	35
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias bibliográficas.....	41
Anexos... ..	45
• Anexo 1. Hoja de recolección de datos... ..	45
• Anexo 2. Cuestionario MOS de apoyo social.....	46
• Anexo 3. Cuestionario. MBG (Martín-Bayarre Grau)... ..	47
• Anexo 4. Carta de no inconveniente del director de hospital.	48
• Anexo 5. Cronograma de Actividades... ..	49
• Anexo 6. Consentimiento informado.....	50

RESUMEN

“Percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC.”

Angélica Gabriela Oviedo García ¹, Graciela Guadalupe López López², Vanessa Johanna Caro ³

Alberto Barreras Serrano⁴, IMSS^{1,2,3}

Introducción: La depresión es una enfermedad muy común en la actualidad y además un grave problema de salud pública, la cual se ha caracterizado por alteración del estado de ánimo de una manera permanente afectando la calidad de vida de quien la padece.

Objetivo: Conocer la percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC.

Materiales y métodos: Con la autorización previa del Comité Local de Investigación en Salud y el Comité de Ética en Investigación, se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y prospectivo a los pacientes con el diagnóstico de Depresión, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Mexicali, Baja California. Con la firma previa de consentimiento informado se utilizaron dos herramientas: el cuestionario de MOS que mide el apoyo social y el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) que mide el grado de apego al tratamiento. De esta manera se buscó medir la percepción de ambas variables. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y porcentajes. Estas se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 26.

Recursos: Se contó tanto con los recursos humanos y materiales necesarios para realizar esta investigación. El financiamiento estuvo a cargo de los investigadores principales, por lo que fue factible su realización.

Resultados: Con la participación de 347 pacientes de la UMF 28 de Mexicali Baja California quienes tienen diagnóstico de depresión, los siguientes son los resultados encontrados: 179 (52%) refirió sentir el máximo de apoyo, 144 (41%) expresó sentir en grado medio el apoyo y 24 (7%) perciben sentir el mínimo apoyo. Sobre apego al

tratamiento 88 (25%) refirieron estar adheridos totalmente al tratamiento, 204 (59%) son adheridos parciales y 55 (16%) son no adheridos.

Conclusiones: La percepción del apoyo social máximo el porcentaje obtenido fue mayor al esperado, lo cual podemos decir que es bueno y sería una excelente herramienta en el tratamiento por el acompañamiento que las redes sociales pueden darle a los pacientes con depresión. En lo referente al apego al tratamiento, el porcentaje de pacientes adheridos totales se esperaba superior al obtenido, por lo que este rubro deberá trabajarse más en busca de fortalecimiento para la adecuada evolución de la enfermedad.

Palabras clave: Apoyo Social, Apego al Tratamiento, Depresión.

MARCO TEÓRICO

La depresión no es una enfermedad moderna, ya que desde la antigüedad se ha hecho referencia a este padecimiento, por ejemplo, la Biblia es uno de los primeros documentos donde se hace mención de la enfermedad, aunque con otros términos.¹

En 1980 se menciona por primera vez en el DSM-III, el diagnóstico de “depresión mayor”, la cual es descrita como una entidad homogénea donde, dada eminente sintomatología, muchos aspectos psicopatológicos dejan de ser considerados.²

En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “*Depresión es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias*”.³

Mientras tanto, la quinta edición del “Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5), la define como “*un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales*”.⁴

Epidemiología

Actualmente se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en el mundo y 1 de cada 4 personas la padecerá en algún momento de su vida. En nuestro país, la depresión se posiciona en el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2013, “en México el 9.2% de los mexicanos han padecido depresión en algún momento de la vida y 4.8% en los doce meses anteriores a la encuesta”.⁵

Síntomas

El cuadro clínico está caracterizado por “una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de estar presentes síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento que incluyendo tales como el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga, la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, también de los sentimientos de culpa e inutilidad”.⁶

Criterios Diagnósticos

“Para establecer el diagnóstico de Depresión se debe considerar lo siguiente:

A. Deben estar presentes cinco o más de los siguientes síntomas, casi todos los días durante al menos 2 semanas, siendo al menos uno de los síntomas el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer, por lo que a continuación los menciono:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Anhedonia o disminución del interés por actividades que antes disfrutaba.
- Pérdida o aumento de peso
- Aumento o disminución en el apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos de muerte o ideación suicida.

B. Los síntomas pueden causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o áreas importantes de funcionamiento.

C. El episodio no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia o afectación médica.

D. El episodio de depresión mayor no se puede explicar mediante otro trastorno mental.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco”.⁷

Tratamiento

Según la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto el tratamiento consiste en iniciar con un Inhibidor Selectivo de Recaptura de Serotonina (ISRS), en caso que el paciente curse con otras enfermedades se deberá iniciar con sertralina o citalopram. También se hace énfasis en que es más efectivo el tratamiento si se conjuntan la psicoterapia más la farmacoterapia.⁸

Apego al Tratamiento

La OMS define el apego al tratamiento como *“el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*.⁹

No Adherencia al Tratamiento

El término de no adherencia se define como “un cumplimiento menor al 20% de la terapia recomendada, y es importante precisar que entre el 20-50% de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas”. A su vez, se ha evidenciado que las creencias personales sobre los trastornos depresivos y las terapias antidepresivas, tienen alta influencia en los niveles de adherencia. Esto sumado a la relación médico-paciente, puesto que una mala relación afecta la credibilidad del paciente en el médico y esto causa que este el paciente tome sus propias decisiones, muchas veces, basado en las recomendaciones proporcionadas por familiares o personas que no pertenecen al área de la salud, pero sí a sus redes de apoyo.¹⁰

Redes de Apoyo

Las redes de apoyo pueden ser definidas como “las relaciones de intercambio, donde se ven implícitas obligaciones mutuas y lazos de dependencia para crear coherencia y lograr el control de la vida, beneficiando a la salud de las personas”.¹¹

Las redes de apoyo se clasifican en primarias y secundarias. Las Primarias las conforman la familia, amigos y vecinos, cuyas funciones son la socialización, el cuidado y afecto, la reproducción y el estatus económico. Mientras que las secundarias son todo lo externo a la familia como lo son los grupos recreativos, organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, organizaciones religiosas, relaciones labores o de estudio. Entre sus principales funciones se encuentran la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y de consejos, la regulación social, dar ayuda material, de servicios y la posibilidad de acceder a nuevos contactos.¹²

Las personas en las que los pacientes se suelen apoyar son sus redes de apoyo principales. Estas redes se dan en lo cotidiano, es decir, en la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad, y son lazos permanentes. Aunque es un hecho que la familia representa la red de soporte social más importante en relación a los cuidados de las personas enfermas y la modificación de sus hábitos y estilos de vida.^{12,13}

El apoyo social es fundamental a la hora de hablar de padecimientos como la Depresión, ya que se ha visto que mientras quien la padece perciba que cuenta con redes de apoyo este mostrará un mejor apego al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, ya que el apoyo social actuaría como un factor psicológico que sería una especie de mediador de la respuesta del paciente ante su enfermedad.¹³

ANTECEDENTES

Preciado-Duarte y colabores en el 2018 realizaron “un estudio cuantitativo y de corte transversal descriptivo, el cual se llevó a cabo en el Hospital de San José de la ciudad de Bogotá D.C. La muestra fue 232 personas, calculada con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 6%. Se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada. La puntuación promedio de la evaluación fue de 38.76 DE: 7.50, y de 14.19 DE: 3.04, 13.99 DE: 3.05 y 10.59 DE: 4.16 para las categorías como familia y amigos. Por su parte, las mujeres presentaron un mayor puntaje en la evaluación del apoyo social percibido y en las categorías de amigos y otros significativos, en comparación a la de los hombres. Teniendo en cuenta que puntuaron 39.07 DE: 7.57 en la evaluación total, 10.85 DE: 3.96 en la categoría de amigos y 14.35 DE: 2.96 en otros significativos, por lo que las mujeres perciben mayor apoyo social. Los adultos tardíos fueron quienes obtuvieron el promedio más bajo en toda la evaluación con 37.34 DE: 8.40 puntos, y en las categorías de amigos y otros significativos con promedios de 10.24 DE: 4.63 y 13.21 DE: 3.72, respectivamente”.¹⁴

Suarez-Vergne realizó en el 2019 en España un estudio titulado “Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales, con un enfoque cualitativo”. Para recolectar la información requerida se recurrió a entrevistas con los participantes. Finalmente se concluyó que “la influencia positiva del apoyo social en todas sus vertientes sobre el bienestar psicológico en un 65%, no sólo para entender los trastornos mentales, sino también para intervenir sobre estos”.¹⁵

Barrera-Herrera y colaboradores llevaron a cabo una investigación en Chile en el año 2019, la cual fue cuantitativa, con un diseño no experimental de tipo transversal, con un alcance descriptivo-correlacional, cuyo objetivo principal era determinar la influencia del apoyo social y de factores sociodemográficos en la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en universitarios chilenos. Los instrumentos para recolección de datos fueron los cuestionarios sociodemográfico y DASS-21- En los resultados se encontró “un efecto significativo del nivel socioeconómico sobre el apoyo social percibido de los amigos, obteniéndose diferencias significativas entre los niveles

socioeconómicos bajo y medio, con mayor apoyo social en el nivel socioeconómico medio. Existía una correlación estadísticamente significativa, entre sintomatología depresiva y las tres dimensiones del apoyo social, como lo son: apoyo social percibido de la familia, de los amigos, y de otros significativos, valorados con T de Student ($t(444) = -5.36, p < .001$) y la prueba post-hoc de Bonferroni ($p < .05$).¹⁶

Rodríguez y colaboradores llevaron a cabo un estudio en el 2019 en Cuba el cual fue observacional descriptivo, realizado en el policlínico Área VI del municipio de Cienfuegos, que incluyó 18 adolescentes con conducta suicida. Como instrumento de medición se empleó el test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. Como conclusión se encontró que las alteraciones en la dinámica familiar son consideradas factores desencadenantes de mayor importancia en la conducta suicida, los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, la familia, ocupan un lugar relevante en la vida afectiva de las personas, ocupando un 55.6% los problemas de comunicación familiar y adhesión de la misma.¹⁷

Barrientos-Prada y colaboradores realizaron un estudio en el 2018 en Perú, el cual fue correlacional, de corte transversal con una muestra de 152 adultos mayores entre los 60 y 80 años. El instrumento de recolección de datos utilizado fue el Cuestionario de Estrés Percibido (CEP). Como resultado se encontró una relación significativa entre los niveles de estrés y la sintomatología depresiva ($p=0.002$), y estos están estrechamente relacionados a factores sociales como el abandono o sentirse reclusos en instituciones de permanencia prolongada.¹⁸

Pérez-Pérez y colaboradores realizaron un estudio en el 2021 en México titulado “Estrés, Ansiedad, Depresión y Apoyo Familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de COVID-19”, el cual fue tipo cuantitativo con un diseño descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fueron 105 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia. Las variables se midieron mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Inventario de Percepción de Apoyo Familiar (IPAF). Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y la prueba de correlación de

Spearman la cual fue de 0.9. Los resultados arrojaron que “existe depresión (85.8 %), ansiedad (84 %) y estrés (77.4 %) en los estudiantes de forma leve, y un nivel medio bajo de apoyo familiar (afecto 61.3%, adaptabilidad 62.3% y autonomía 40.6 %).”¹⁹

Figuroa-Varela y colaboradores durante el año 2021 en México realizaron un estudio el cual fue cuantitativo, transversal y correlacional, contó con 69 participantes de una unidad médica de Nayarit, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia de población adulta mayor. Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron: Escalade miedo a la muerte de Collet Lester, Escala de ansiedad ante la muerte de Templer, Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15), El mini-examen cognoscitivo de Folstein y La encuesta de datos sociodemográficos y redes sociales. Mediante la utilización de la prueba de U de Mann Whitney ($U=369$, $Z=-.114$, $p=.909$) los resultados evidenciaron que 17% sí contaban con síntomas depresivos y el 27% refirieron sentirse tristes por lo poco que los frecuentan sus familiares.²⁰

Pérez Ramos realizó un estudio en México en el año 2021 llamado “Conciliación familia-trabajo y su relación con la salud mental y el apoyo social desde una perspectiva de género, de tipo correlacional”, con 928 participantes que laboran en una zona metropolitana de Jalisco-Nayarit, se utilizaron instrumentos como Salud General de Goldberg (GHQ) y Cuestionario Mos de apoyo social. Como resultado se confirmó una relación significativa entre síntomas somáticos ($r = -.179$ $p<0.01$), ansiedad e insomnio ($r = -.196$ $p<0.01$), disfunción social ($r = -.222$ $p<0.01$) y depresión ($r = -.147$ $p<0.01$) con las variables de apoyo social, concluyendo en que el apoyo social sirve como amortiguador contra síntomas relacionados con enfermedades de salud mental como pueden ser malestar psicológico, estrés, depresión y ansiedad.²¹

JUSTIFICACIÓN

La depresión contribuye de una manera alarmante a la carga global de enfermedad; en los últimos años se ha observado que es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 450 millones de personas en el mundo. Este trastorno suele comenzar en edades tempranas de la vida, afectando el funcionamiento de las personas, ya que suele presentarse de manera recurrente y genera grandes costos económicos y sociales. Es por esto que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un tema prioritario.²²

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo, se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos mayores. En la actualidad aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión no se trata de algo sencillo y pasajero, al contrario, si no se trata puede ser algo bastante serio, especialmente cuando es recurrente y su intensidad es moderada a grave. Puede provocar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los escenarios, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas.²³

La depresión es una enfermedad muy frecuente en nuestro entorno, la cual ha cobrado gran relevancia en los últimos años, ya se habla más sobre ella y se tiene más información y fuentes de ayuda para quienes la padecen. Aun así, continúa siendo un tema tabú, es por eso que es importante poder detectar a los pacientes que acuden buscando ayuda profesional para poder tratarlos adecuadamente, brindándoles desde un diagnóstico adecuado, proporcionándoles tratamiento o las referencias necesarias para este y orientándolos no solo a ellos si no a sus familias o entorno más cercano (redes de apoyo) para que le den el acompañamiento que requieren y la evolución de la enfermedad y tratamiento pueda ser satisfactorio.

Este estudio fue factible ya que se contó con disponibilidad de los recursos humanos, infraestructura, materiales y equipos para llevar a cabo el proyecto. Además, se tuvo acceso a los expedientes de pacientes, así como al censo nominal de los pacientes con depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad de salud mental muy común en nuestro entorno, la cual ha estado relegada por ser un tema tabú pero que ahora en la actualidad ha tomado mayor relevancia y poco a poco se ha abierto un nuevo panorama para quienes la padecen. Esto se refiere a que los pacientes tienen más acceso a la atención de padecimientos mentales y a tratamiento.

En la UMF No. 28, durante el periodo de junio 2021 a junio 2022 se identificaron 3500 pacientes con diagnóstico de depresión, siendo uno de los principales motivos de consulta en medicina familiar.

Es necesario tomar en cuenta que el tratamiento de la depresión debe ser integral, es decir, debe considerarse la parte farmacológica y psicoterapéutica. Con estas atenciones y siguiendo un adecuado apego al tratamiento el paciente debería tener mejoría, pero hay un factor que puede influir en esto y son las redes de apoyo, las cuales pueden jugar un papel importante y pueden afectar para bien o para mal según sea cada caso en particular, en ellas podemos enumerar a la familia, amigos y personal de salud tratante como las principales en el padecimiento. Por lo que se considera que, si las redes de apoyo son fuertes, el paciente será el principal beneficiado ya que podrá llevar un adecuado apego al tratamiento.

Actualmente hay mucho conocimiento referente al tratamiento de la Depresión, pero se ha dejado de lado lo que influye en que el paciente no tenga un adecuado apego al mismo, entre estos la importancia que pudieran tener las redes de apoyo. Por eso es importante para nosotros saber:

¿Cuál es la Percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC de enero a julio de 2023?

OBJETIVOS

Objetivo General

-Conocer la percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC.

Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de familia, tiempo de diagnóstico de depresión, tipo de tratamiento farmacológico y tipo de tratamiento no farmacológico.

- Describir la percepción de apoyo social en los pacientes diagnosticados con Depresión en la UMF 28 mediante el cuestionario MOS de apoyo Social.

- Describir el grado de apego al tratamiento en los pacientes diagnosticados con Depresión en la UMF 28, mediante el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Observacional, descriptivo y prospectivo.

Población y Lugar de Estudio

Pacientes con el Diagnóstico de Depresión, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Mexicali, Baja California.

Periodo de Estudio

El presente se realizó de enero de 2023 a julio de 2023.

Muestreo

Simple aleatorizado para población finita.

Tamaño de la Muestra

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

Dónde:

N = Total de la población (3500 pacientes con diagnóstico de Depresión)

Z_{α} = 1.96 (confianza del 95%)

p = proporción esperada (40% = 0.40) Rodríguez y col (2019)

q = 1 – p (1-0.40 = 0.60)

d = precisión (5%).

$n = 334$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Depresión.
- Derechohabientes de la UMF No. 28.
- En tratamiento médico para el diagnóstico de Depresión.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

De Exclusión:

- Pacientes con algún tipo de discapacidad o enfermedad psiquiátrica que les impida la libre elección o contestar de manera adecuada los cuestionarios que se aplicarán.

De Eliminación:

- Encuestas incompletas

PROCEDIMIENTOS

Paso 1. Con autorización previa del Comité Local de Investigación, del Comité de Ética en Investigación y por el director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, se llevó a cabo este estudio.

Paso 2. Se revisó la base de datos para identificar a los pacientes que cuentan con diagnóstico de Depresión en el periodo de octubre de 2021 a octubre de 2022. Al ingresar al expediente electrónico se corroboró quienes cumplían con criterios de inclusión.

Paso 3. Se localizó a cada uno de los pacientes para invitarlos a participar en la presente investigación. De manera personal se les explicó de que trataba el proyecto de investigación y se les otorgó el consentimiento informado para que lo leyeran de manera detallada, en caso de aceptar participar se solicitó que firmaran el documento.

Paso 4. Al participante se le otorgaron dos cuestionarios: MOS de apoyo social y MBG que mide el apego al tratamiento.

Paso 5. Se evaluaron cada uno de los cuestionarios y en caso de que el paciente no cuente con un adecuado apoyo social o apego a tratamiento se envió un reporte del resultado para la integración de grupos de apoyo en el área de Trabajo Social.

Paso 6. Posteriormente se realizó el vaciado de información para proceder al análisis estadístico.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizaron 2 cuestionarios que debieron contestar los participantes del estudio los cuales son:

-Cuestionario MOS de apoyo social “evalúa el apoyo social, el cual ayuda a evidenciar el riesgo social para poder intervenir en los entornos sociales según las necesidades detectadas de los encuestados. Conformado de 20 preguntas que dan como opciones de respuestas desde Nunca hasta siempre. La columna de los Nunca tiene valor de 1 punto, Pocas veces 2 puntos, Algunas veces 3 puntos, La mayoría de las veces 4 puntos y Siempre 5 puntos. Esto permite conocer cuatro dimensiones del apoyo social cualitativo como lo son el apoyo emocional, instrumental, afectivo y de interacción social, ofreciendo además un índice global de apoyo social. Para obtener las puntuaciones se suman los puntajes de las preguntas que evalúan cada rubro. El apoyo emocional lo miden las preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. El apoyo instrumental es valorado por las preguntas 2,5, 12 y 15. La interacción social positiva se mide con las preguntas 7, 11, 14 y 18. El apoyo afectivo corresponde a las preguntas 6, 10 y 20. Finalmente el índice global se obtiene sumando los puntos de todas las preguntas. Cuenta con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97, lo cual se considera fiable”.¹¹

En el siguiente cuadro se encuentran los valores para la interpretación del cuestionario:

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción Social Positiva	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice Global	94	19	57

-Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) “que mide el grado de apego al tratamiento. Lo conforman 12 ítems que incluyen categorías que se consideran dentro de la definición operacional de adherencia terapéutica. Las opciones de respuesta se dan en escala de

Likert desde siempre hasta nunca. Para su calificación se parte de la estimación de un puntaje que divide las proporciones de los puntos obtenidos por cada paciente participante. A la columna de Nunca se le asignó un valor de 0, a casi nunca 1, a veces 2, casi siempre 3 y siempre 4, siendo una totalidad de 48 puntos los posibles a alcanzar. Se considera como Adheridos totales a quienes obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos parciales de 18 a 37 puntos y entre 0 y 17 puntos como No adheridos. Este instrumento presenta un valor de alfa de Cronbach de 0.889, lo cual es considerado como fiable”.⁹

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Expresión de la Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Indicador
Apoyo Social	Es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares). ²⁴	Son los recursos con los que cuenta una persona para sobrevivir diversas situaciones adversas.	Policotómica	Cualitativa	Ordinal	1-Máximo (94 puntos) 2- Medio (57 puntos) 3- Mínimo (19 puntos)

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Expresión de la Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Indicador
Apego a Tratamiento	Es la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. ²⁵	Grado de adherencia de un paciente sobre la toma de fármacos y/o terapia psicológica.	Policotómica	Cualitativa	Ordinal	1-Adheridos Totales (38-48 puntos) 2-Adheridos Parciales (18-37 puntos) 3-No adheridos (0-17 puntos)

Variables de Contexto

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Expresión de la Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Indicador
Edad	Lapso de años que han transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Años de vida cumplidos al momento del estudio.	Numérica	Cuantitativa	Discreta	En años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Características físicas que definen a un hombre y a una mujer.	Dicotómica	Cualitativa	Nominal	1-Hombre 2-Mujer
Escolaridad	Periodo de asistencia a un centro escolar.	Último grado de estudios finalizado.	Policotómica	Cualitativa	Ordinal	1-Sin estudios 2-Primaria 3-Secundaria 4-Preparatoria 5-Licenciatura 6-Posgrado
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desempeñado.	Actividad o trabajo a lo que el paciente se dedica al momento del estudio.	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1-Hogar 2-Estudiante 3-Empleado 4-Pensionado/ Jubilado
Estado Civil	Es la situación de una persona física determinada por sus relaciones de familia.	Condición de una persona respecto a filiación o matrimonio.	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1-Soltero 2-Casado 3-Viudo 4-Divorciado 5-Unión Libre

Tipo de Familia	Grupo de personas que cohabitan, comparten vivienda y lazos de parentesco.	Grupo de personas con o sin parentesco que comparten vivienda	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1-Nuclear 2-Extensa 3-Monoparental 4-Binuclear 5-Homoparental
Tiempo de Diagnóstico	Momento en el que se identifica una enfermedad.	Tiempo desde que se identificó la depresión hasta la fecha de realización del presente estudio.	Policotómica	Cualitativa	Ordinal	1- 1 año 2- 2-5 años 3- Más de 6 años
Tipo de Tratamiento Farmacológico	Medios farmacológicos que se utilizan para curar o aliviar una enfermedad.	Es el tipo de tratamiento farmacológico prescrito al paciente.	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1.- Sin tratamiento farmacológico 2.- ISRS (Inhibidor selectivo de recaptura de serotonina) 3.- ISRN (Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Noradrenalina) 4-ATC (Antidepresivo Tricíclico) 5-Otro(s)
Tipo de Tratamiento No Farmacológico	Medios extras que se utilizan para curar o aliviar una enfermedad.	Es el tipo de terapia complementaria utilizada para el manejo de la depresión.	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1.- Sin tratamiento farmacológico 2.- Terapia psicológica 3.- Ejercicio Físico 4.-Terapia ocupacional (danza, baile, etc) 5.- Otros

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva. Para las estudiar las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas media y desviaciones estándar. La información fue analizada en el programa SPSS ver 26.

ASPECTOS ÉTICOS

La realización de este estudio de investigación se llevó a cabo con previa autorización del Comité Local de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

A cada participante se le hizo entrega de un consentimiento informado, en donde se explicaron todos los pormenores del presente protocolo de investigación y se especificó que los resultados fueron absolutamente confidenciales. Este debió ser leído por el paciente y en caso de aceptar participar debieron firmarlo.

Riesgo

El presente estudio se realizó bajo la normativa establecida en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial además del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud que se encuentra vigente en nuestro país y que según su Artículo 17, Fracción II se consideró una investigación con riesgo mínimo, ya que lo describe como prospectivo porque se emplean datos a través de procedimientos comunes como examen físico o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios. Además, al tratarse de una población vulnerable se atendieron los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, donde se otorgó privacidad de los datos que se recabaron, siendo estos analizados solo por el investigador.²⁶

Beneficio

El presente representó un beneficio para los pacientes con depresión ya que nos dio un panorama sobre si el apoyo social influye en el apego al tratamiento, de esta manera se podrán establecer estrategias para el manejo de estos pacientes que sean benéficas para ellos e incidan en los hallazgos encontrados. Al paciente que tras la aplicación de los cuestionarios resultó con un mínimo de apoyo social o que no tengan un buen apego al tratamiento se les invitó a ser integrados en grupos de apoyo de trabajo social, así como la referencia al centro de seguridad social para integrarse en actividades de terapia ocupacional o ejercicio físico o de relajación.

Proporcionalidad riesgo/beneficio

En este caso, para este estudio solamente se encuestaron a los pacientes participantes, por lo cual el riesgo fue mínimo para ello. Por el contrario, el beneficio fue más grande ya que los resultados que arrojaron dichos cuestionarios pueden ser oportunidades de mejora en la atención de estos pacientes.

Confidencialidad

La información obtenida de los participantes del presente estudio fueron confidenciales. A cada uno de los participantes se les identificó con un número de folio y dicha información solo estuvo disponible para los investigadores responsables de la investigación, quienes manifestaron mantener la confidencialidad de la información durante la realización del presente y durante la presentación de resultados, como lo estipula la Ley de Protección de Datos Personales.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos

Alumno Tesista: Residente de Medicina Familiar: Angélica Gabriela Oviedo García

Investigador Principal Responsable: Dra. Graciela Guadalupe López López

Asesor Temático: Dra. Vanessa Johanna Caro

Asesor Estadístico: Dr. Alberto Barreras Serrano

Recursos Materiales

-Fotocopias de instrumentos de medición y para captura de datos.

-Hojas Blancas

-Lápices

-Computadora

-Programa SPSS

-Fotocopiadora

-Tinta para impresora

Recursos Financieros

La financiación de la realización del presente estudio estuvo a cargo del grupo de investigadores.

Factibilidad

La factibilidad del presente estudio radicó en que el costo de su realización fue bajo y corrió por cuenta de los investigadores, los participantes fueron los propios derechohabientes de la UMF No. 28 que contaban con el diagnóstico de Depresión y se contó con la autorización de las autoridades de la institución.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población de estudio

Edad. La media de edad fue de 36.34 años con una D.E. de 15.27, teniendo una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 73 años. En cuanto a la distribución por categoría, en la Figura 1 se aprecia que la mayor proporción de pacientes que participaron en el estudio tuvieron una edad de entre 18 a 28 años, significando el 36% del total de pacientes incluidos en el estudio, seguida de la clase de 29 a 39 años con el 28%. Las clases restantes mostraron cada una estar por debajo del 15% del total de pacientes.

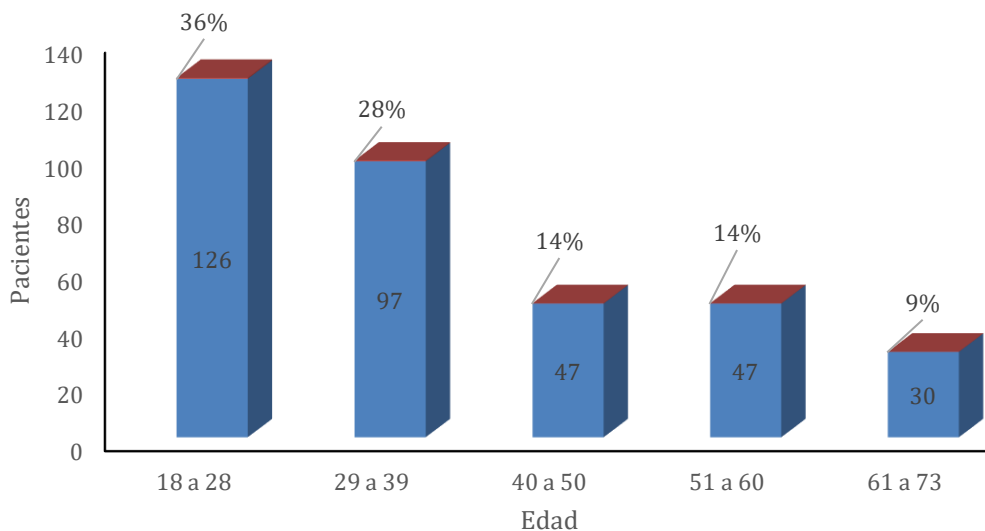


Figura 1. Distribución de edad de los pacientes en el estudio

Sexo. En cuanto al sexo en la Figura 2 podemos observar que 237 pacientes fueron mujeres (68%) y 110 fueron hombres (32%). Con estos datos podemos ver que las mujeres son quienes más acuden a consulta médica.

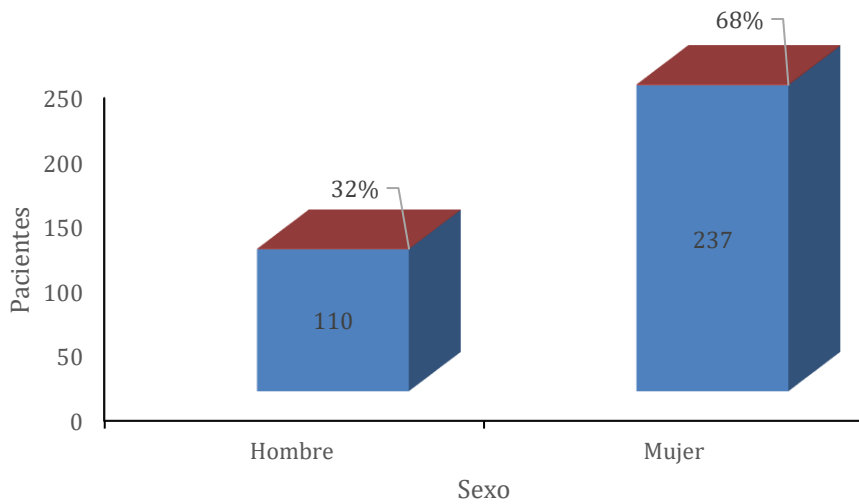


Figura 2. Distribución de sexo de los pacientes en el estudio

Escolaridad. La mayor proporción de pacientes se refirió con escolaridad de preparatoria con un 53%, seguido de secundaria con un 28%, las clases restantes como podemos observar en la figura 3 obtuvieron porcentajes menores del 10%.

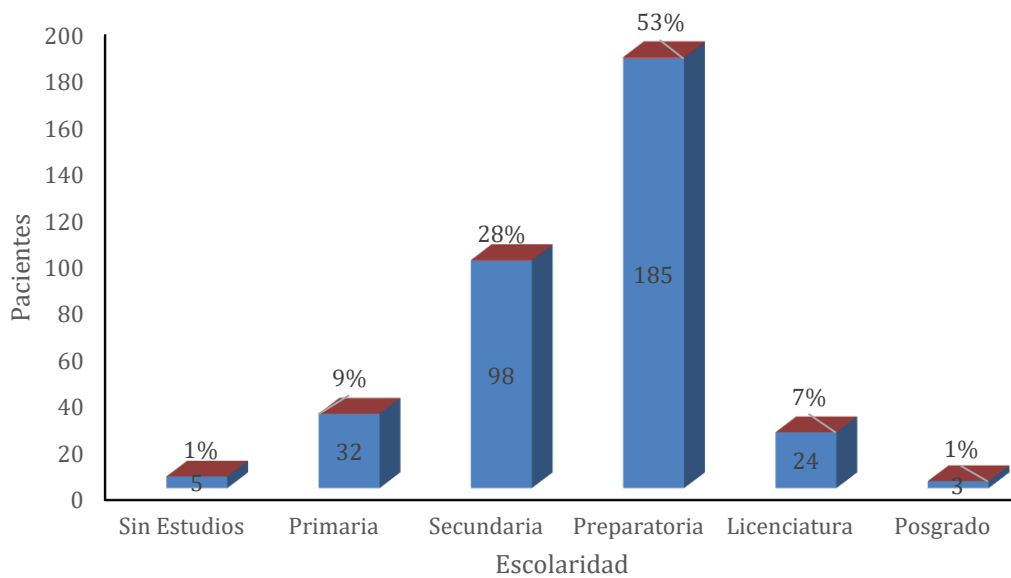


Figura 3. Distribución de la escolaridad de los pacientes en el estudio

Estado civil. En lo referente al estado civil podemos observar en la Figura 4 que la mayoría de los pacientes eran casados representando un 50%, seguido de los que afirmaron ser solteros con un 37%, un 9% se refirió en unión libre y una minoría se dijeron viudos o divorciados con un 2% y 1% respectivamente.

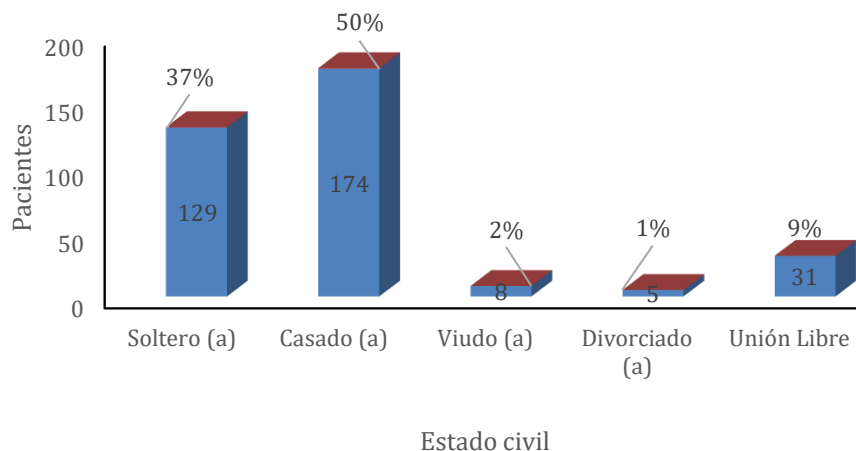


Figura 4. Distribución del estado civil de los pacientes en el estudio

Ocupación. En lo relativo a la ocupación el mayor porcentaje lo tuvo el ser empleado con un 65%, seguido por los estudiantes con un 20%, el dedicarse al hogar representó un 13% mientras que los pensionados o jubilados solo el 1%. (Ver Figura 5)

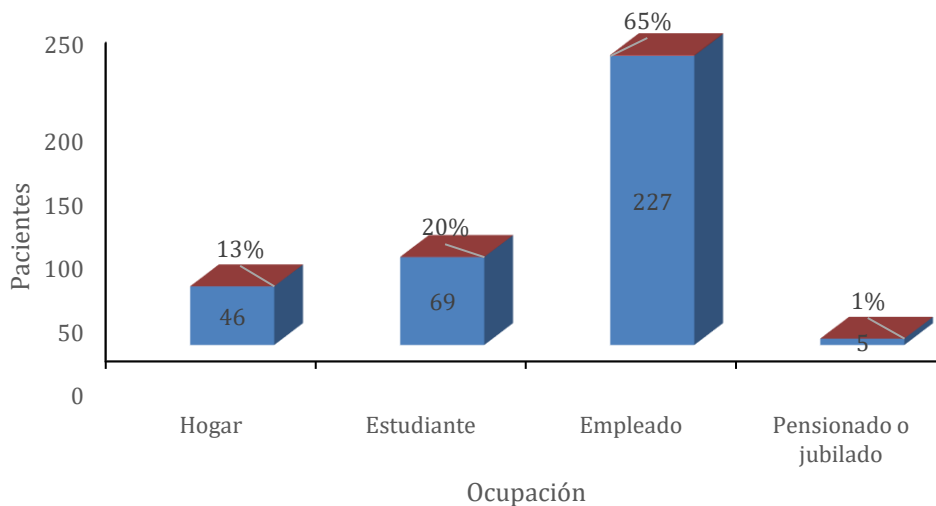


Figura 5. Distribución de la ocupación de los pacientes en el estudio

Tipo de Familia. En lo que respecta al tipo de familia de los pacientes estudiados, como podemos visualizar en la Figura 6 la mayor proporción refirió ser parte de una familia nuclear con un 70%, en segundo lugar, el 26% se dijo miembro de una familia extensa, mientras que el resto de las opciones mostraron un porcentaje menor al 5%.

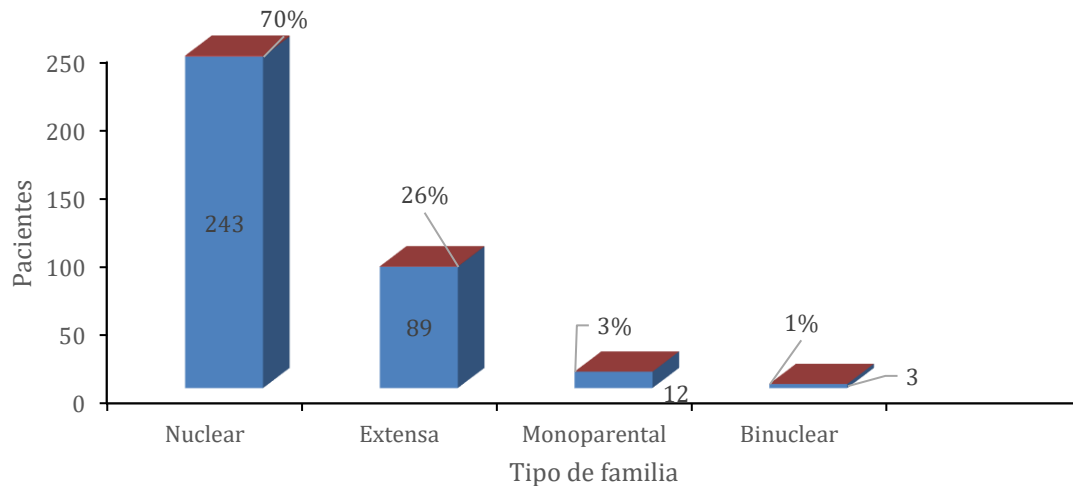


Figura 6. Distribución del Tipo de Familia de los pacientes en el estudio

Tipos de Tratamiento y Tiempo de Diagnóstico.

Tratamiento Farmacológico. Como se muestra en la Figura 7, en lo concerniente al tratamiento farmacológico, la gran mayoría de los pacientes se dijo bajo tratamiento con Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) representando un 77%, en segundo lugar de tratamiento se encontraron los Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (ISRN) con un 18% y solamente 1% refirió estar bajo tratamiento con Antidepresivos Tricíclicos (ATC).

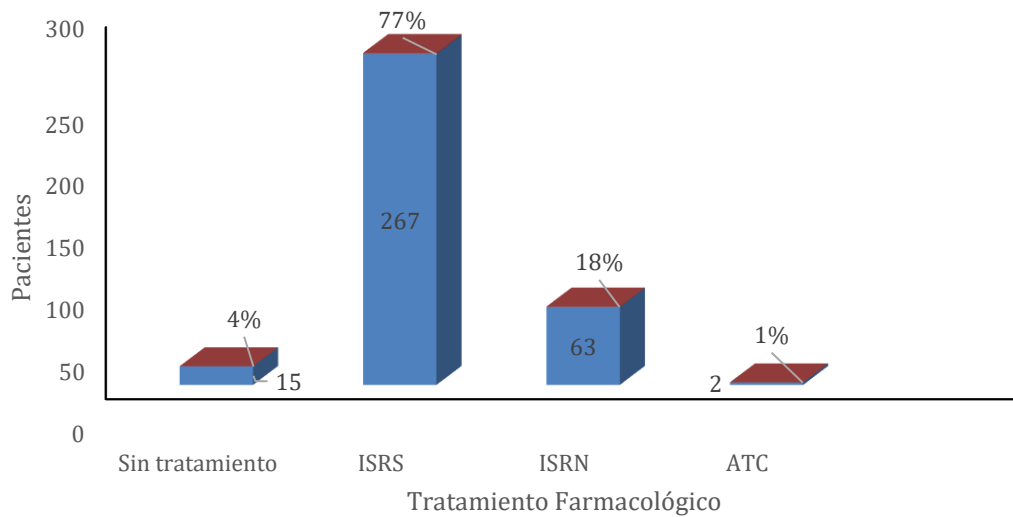


Figura 7. Distribución del Tipo de Tratamiento Farmacológico de los pacientes en el estudio

Tratamiento No Farmacológico Sobre el tratamiento no farmacológico, la mayoría de los pacientes se dijo sin tratamiento significando un 71%, el segundo lugar lo ocupó la terapia psicológica con un 27%, el resto de las opciones como ejercicio físico y terapia ocupacional tuvieron 1% cada una. (Ver Figura 8)

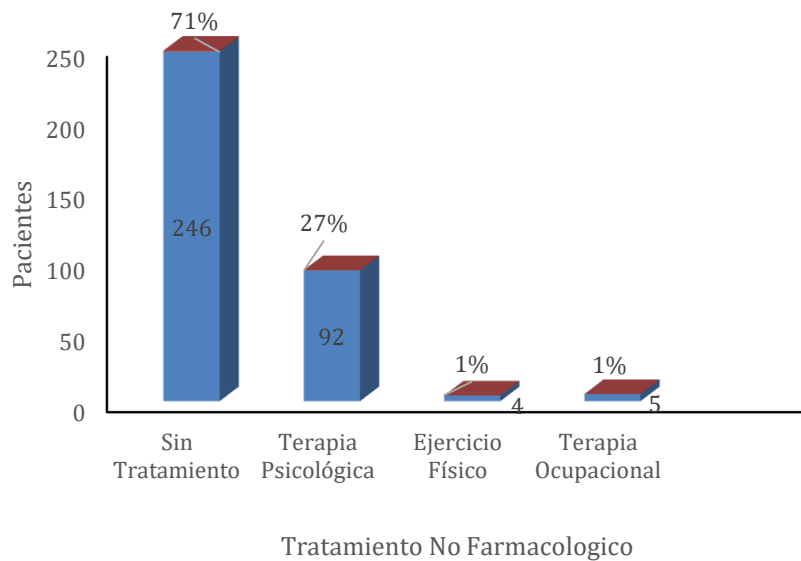


Figura 8. Distribución del Tipo de Tratamiento No Farmacológico de los pacientes en el estudio

Tiempo de Diagnóstico. Como se muestra en la Figura 9 la mayor proporción de los pacientes poseen el diagnóstico de depresión de 2-5 años representando un 54%, mientras que el 40% cuenta con 1 año de diagnóstico y el 6% tiene más de 6 años.

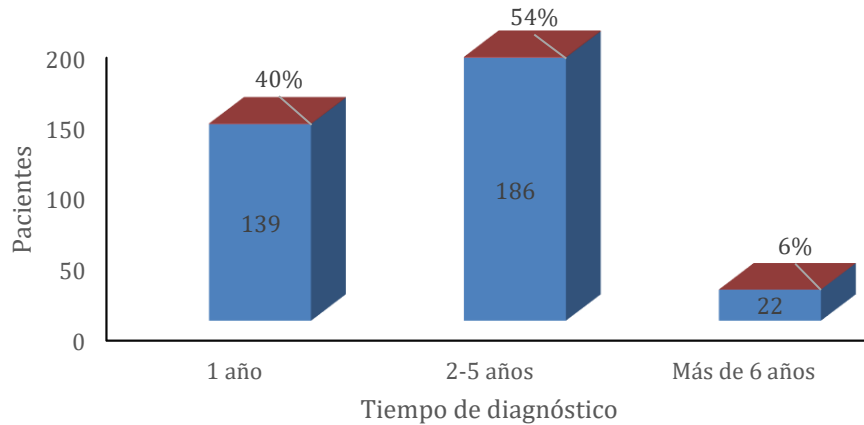


Figura 9. Distribución del Tiempo de Diagnóstico de los pacientes en el estudio

Percepción de apoyo social mediante el cuestionario MOS.

Apoyo Social. Como podemos observar en la Figura 10 en cuanto al apoyo social, la mayoría de los pacientes estudiados representando un 52% refirió percibir un apoyo máximo de sus redes de apoyo, el 41% percibió un apoyo medio mientras que solamente un 7% describió percibir un apoyo mínimo.

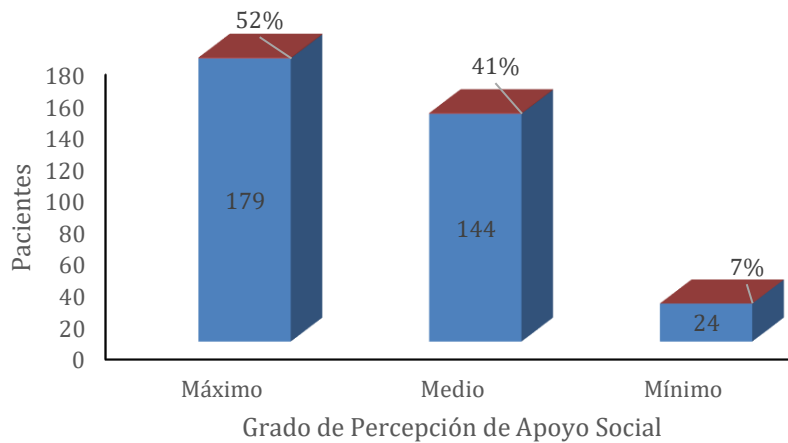


Figura 10. Distribución de Grado de Percepción de Apoyo Social de los pacientes en el estudio

Grado de apego al tratamiento mediante el cuestionario MBG

Apego al Tratamiento. En la Figura 11 podemos observar que la mayoría de los pacientes se definió como adheridos parciales representando un 59%, seguido por los adheridos totales los cuales representaron un 25% y finalmente los no adheridos fueron lo equivalente al 16% restante.

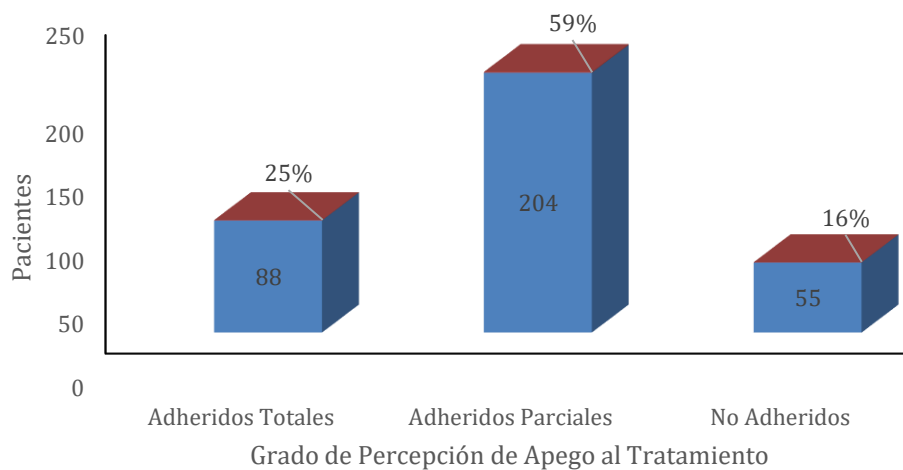


Figura 11. Distribución de Grado de Percepción de Apego al Tratamiento de los pacientes en el estudio

En cuanto a si existe relación entre el apego al tratamiento vs el apoyo social se tuvo una Chi cuadrada de 0.0703, por lo cual se establece que no existe relación. (Figura 12)

Type 3 Analysis of Effects

Wald			
Effect	DF	Chi-Square	Pr > ChiSq
MOS	2	5.3090	0.0703

Figura 12. Tabla de relación de variables

DISCUSIÓN

Comparando nuestros resultados con los descritos por Moreira y col (2018) que realizaron un estudio cuya finalidad era conocer el apoyo social en un grupo de 96 pacientes hospitalizados con depresión, para lo cual se recurrió a la utilización del cuestionario MOS encontrando que el 73.7% percibió tener un apoyo social mínimo, mientras que el 26.3% restante representó al apoyo medio y máximo. Lo anterior se contraponen con nuestros resultados, ya que el grupo estudiado por Moreira al contrario de nosotros percibe un mínimo de apoyo social, lo cual podría deberse a que el grupo de edad con mayor proporción de sus participantes eran mayores de 46 años y en nuestro estudio la mayoría eran más jóvenes, la ocupación más prevalente era jubilados/pensionados mientras que la de nuestro grupo eran empleados y el entorno también podría explicar la diferencia, ya que Moreira trató con pacientes hospitalizados mientras que nosotros abarcamos solo pacientes ambulatorios.

Ramírez y col (2019) realizaron un estudio donde se pretendía determinar apoyo social en un grupo de 54 pacientes con depresión, utilizando el cuestionario MOS obtuvieron que el 51.9% percibía un apoyo social mínimo y el 48.1% percibía apoyo máximo. Dichos resultados resultan diferentes a los nuestros, ya que se contraponen presentando en su mayoría la percepción de apoyo social mínimo vs la percepción de apoyo social máximo que nuestro grupo de estudio presentó. Esto podría deberse a factores como la edad, ya que los pacientes del grupo de estudio de Ramírez son mayores al nuestro, siendo en su mayoría pacientes entre 65 y 74 años de edad, el tipo de familia al que pertenecen en su mayoría nuestros participantes es a la familia nuclear, mientras que los pacientes de Ramírez en su mayoría son miembros de familias extensas, lo que podría derivar en que por el estilo de vida no tengan el apoyo y atención adecuados en cuanto a su padecimiento.

Ponce y col (2009) llevaron a cabo un estudio donde buscaban conocer el apoyo social percibido en grupo de 246 pacientes utilizando el cuestionario de Apoyo Social MOS, en el cual encontraron que un 88.6% percibía un apoyo máximo y un 11.4% apoyo mínimo. Estos resultados difieren con los nuestros, ya que la gran mayoría de los pacientes participantes del estudio de Ponce refirieron contar con una buena red de apoyo, lo cual

podría deberse a que, aunque en ambos estudios el estado civil más predominante fue el estar casados, en el de Ponce el porcentaje es considerablemente mayor 66.3% vs 50%, lo que podría traducirse a que el hecho de tener cónyuge puede hacer sentir más seguros y apoyados a los pacientes.

Xifra (2020) realizó un estudio donde buscaba conocer el apoyo social percibido en un grupo de 35 adultos mayores que acudían a un comedor comunitario, para el cual utilizó el cuestionario MOS encontrando que un 48.6% percibe un apoyo máximo y un 51.4% un apoyo mínimo. Los resultados son sumamente diferentes a los nuestros, ya que en nuestro estudio la mayoría de los participantes dijo sentir un apoyo social máximo (52%), mientras que en el estudio de Xifra la mayoría (51.4%) expresó sentir un apoyo social mínimo, lo cual se podría explicar porque el escenario donde se llevó a cabo el estudio de Xifra fue opuesto al nuestro, se llevó a cabo en una población específicamente de adultos mayores donde la edad promedio fue de 74.23 años, la mayoría eran viudos, con escolaridad primaria y además tenían el factor de acudir al comedor comunitario, lo cual significaría que se encontraban en una situación vulnerable.

Donado y col (2019) llevaron a cabo un estudio cuya finalidad era determinar la percepción de apoyo social en un grupo de 305 mujeres que acudían a un centro oncológico, el instrumento de medición que utilizaron fue el cuestionario MOS el cual arrojó que un 80.7% percibía un apoyo máximo y un 19.3% un apoyo medio y mínimo. Los porcentajes de dicho estudio distan de los obtenidos en el nuestro, lo cual puede ser debido al tipo de padecimiento, ya que el estudio de Donado se enfoca a pacientes con cáncer de mama las cuales suelen ser consideradas como vulnerables y al recibir el diagnóstico sus redes de apoyo se abocan en el acompañamiento, lo que explicaría el porcentaje tan elevado del apoyo máximo.

Maldonado-Reyes y col (2016) quienes llevaron a cabo un estudio donde buscaban la prevalencia de adherencia terapéutica en un grupo de 322 pacientes utilizando el cuestionario MBG encontraron que un 39% tenía adherencia total, 59% adherencia parcial y 2% no adheridos, siendo en las 2 primeras categorías (adherencia total y parcial) donde los resultados son similares a nuestro estudio, lo cual podría explicarse ya que el

grupo de pacientes que ellos utilizaron es similar en número al nuestro, la proporción de sexo es mayormente de mujeres en ambos y las edades abarcadas eran similares.

Matos y col (2019) en su estudio donde buscaban valorar la adherencia al tratamiento en un grupo de 75 pacientes con enfermedad renal en estadio terminal y depresión utilizando también el cuestionario MBG en el cual concluyeron que un 56% presentó adherencia parcial, 37.3% adherencia total y un 6.7% no adheridos, cuyos resultados son parecidos a los nuestros lo cual podría deberse a que la escolaridad predominante de los pacientes de ambos estudios fue preparatoria, lo cual comparado con otros estudios donde esta era menor, este pudo ser un factor para el entendimiento de las instrucciones relacionadas con el tratamiento.

Hernández-Castro y col (2022) realizaron un estudio donde buscaban conocer la adherencia terapéutica en 218 pacientes de una unidad de medicina Familiar en el cual se determinó que un 54.1% presentó adherencia total y 45.9% adherencia parcial. Estos resultados son diferentes a los que obtuvimos en nuestro estudio, ya que en el caso de ellos la mayoría de sus pacientes tuvo adherencia total y no hubo ningún caso de pacientes no adheridos, lo cual podría atribuirse a que los pacientes del estudio de Hernández tienen un promedio de edad mayor a la de nuestro estudio, lo que implicaría que fueran más responsables con las indicaciones dadas por el personal de salud en cuanto al tratamiento.

González (2013) realizó su estudio a 120 pacientes con padecimientos crónicos en busca de conocer cuál era su apego al tratamiento, encontrando que un 65% tuvieron adherencia total, 35% adherencia parcial y ninguno resultó no adherido. Tales resultados se muestran diferentes a los nuestros y aunque el autor utilizó el mismo instrumento de medición, el escenario en cuanto a sus participantes es muy distinto al nuestro, en el estudio de González se evaluaron a pacientes de otra institución de salud, con promedio de edad mayor (56 a 60 años), siendo en su mayoría mujeres amas de casa, con escolaridad primaria y con diversas enfermedades (no solo depresión) cuyas características pudieran facilitar el mejor apego al tratamiento, mientras que el presente estudio estuvo compuesto también por participantes en su mayoría mujeres pero con promedio de edad más joven ya que la mayor proporción se encontraba entre los 18 y

los 40 años, la ocupación más referida fue la de empleado, con escolaridad preparatoria y nos enfocamos en el diagnóstico de depresión, estas características podrían propiciar el mal apego al tratamiento, ya que el estilo de vida de la población más joven hace más difícil que puedan cumplir con las indicaciones, además que el diagnóstico en sí podría dificultar la aceptación del mismo.

CONCLUSIONES

De acuerdo al cuestionario Mos para medir el apoyo social, el 52% refirió sentir el máximo de apoyo, 41% expresó sentir en grado medio el apoyo y 7% percibe sentir el mínimo apoyo. En relación al apego al tratamiento en base al cuestionario MBG el 59% se declararon adheridos parciales, 25% refirieron estar adheridos totalmente al tratamiento y 16% son no adheridos.

Sobre la percepción del apoyo social máximo el porcentaje obtenido fue mayor al esperado, lo que es bueno y sería una excelente herramienta en el tratamiento por el acompañamiento que las redes sociales pueden darle a los pacientes con depresión.

Respecto al porcentaje de pacientes adheridos totales al tratamiento, se esperaba superior al obtenido, por lo que es necesario que este rubro debe trabajarse más en busca de fortalecimiento para la adecuada evolución de la enfermedad.

Por último, se encontró que no existe relación entre el apego al tratamiento y el apoyo social, teniendo una Chi cuadrada de 0.0703.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos de esta investigación pueden contribuir a implementar nuevas medidas en los consultorios de medicina familiar en lo referente a pacientes con diagnóstico de Depresión, como la inclusión de sus redes de apoyo en todo lo referente al tratamiento o el envío al departamento de Psicología donde les puedan otorgar la atención requerida para mejorar el apego al tratamiento, lo cual podría dar pie a nuevas investigaciones donde se considere evaluar estas intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Zarragoitia -Alonso I. Depresión generalidades y particularidades. ECIMED Editorial Ciencias Médicas. 2017; 17: 78-85.
- 2- Botto A, Acuña J, Jiménez J.. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Med Chile. 2018;142:1297–305.
- 3-Trastornos mentales [Internet]. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- 4-Fernando-Muñoz L, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2015; 35(125):111–21.
- 5-Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Med Hondur. 2021; 89(Supl.1):46–52.
- 6-Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed. 2017; 28(2):73–98.
- 7- DSM-5 ® Guía para el diagnóstico clínico. 2015. Available from: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/100427ee7db1097e8ed8e1815bb84e36.pdf>
- 8- Maestro C. Guía de práctica clínica GPC diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. 2015.
- 9- Juan J, Cerda O, Herrera D, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018; 16: 226-32.
- 10- García JRG, Domínguez GIM, Sánchez LMM, Sánchez JPO, Vásquez AU. Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. Archivos de Medicina (Col). 2017;17(1):150–9.
- 11- Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista de investigación en Psicología. 2018: 16: 233-45.

- 12- Instituto Nacional de las Personas Mayores. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. INAPAM. 2020
- 13- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México.1-24
- 14- _Preciado-Duarte, N, Trujillo-Madriral, D, & Rojas-Espitia, H. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psychologic*. 2018; 12(1), 71-87.
- 15- Suárez-Vergne A. Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *REDIB*. 2019; 26: 155-68.
- 16- Barrera-Herrera A, Neira-Cofré M, Raipán-Gómez P, Riquelme-Lobos P, Escobar-Alaniz B. Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2019; 24(2):105-15.
- 17- Hernández GLR, González AMV, Ganen MS, Brito MG, Macías YC. Psicodinámica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. *Área VI. Cienfuegos. Medisur*. 2019;17(2): 191-200.
- 18- Barrientos-Prada C, Díaz-Gervasi G. Relevancia del apoyo social en el estrés y síntomas depresivos en la tercera edad. *CASUS Revista de Investigación y Casos en Salud*. 2018; 3(2):72–82.
- 19- Pérez-Pérez M, Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, López-Orozco G, Ortiz-Vargas I, Gómez-Calles TJ. Vista de Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia, COVID-19. *Uninorte.edu.co*. 2022; 37(3): 553-68.
- 20- Figueroa-Varela MR, Aguirre-Ojeda DP, Hernández-Pacheco RR. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex*. 2021;11: 1-29.

- 21- Pérez-Ramos SP. Conciliación familia-trabajo y su relación con la salud mental y el apoyo social desde una perspectiva de género. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2021; 15: 1-20.
- 22- Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México. 2013;55(1):74–80.
- 23- World Health Organization: WHO. Depresión. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- 24- Del M, Ortego C, Santiago-López-González M, Trigueros L. El apoyo social. Ciencias psicosociales I. 2018; 13: 1-24.
- 25- Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México. 2017;43(3):233–6.
- 26- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diputados C, Congreso De D, Unión L. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987.
- 27- Ponce González JM, Velázquez Salas A, Márquez Crespo E, López Rodríguez L, Bellido Moreno ML. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. Index Enferm [Internet]. 2009 [citado el 24 de noviembre de 2023];18(4):224–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-
- 28- Xifra M. Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad [Internet]. Latinjournal.org. [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/996/803>
- 29- Donado K, Manuela A, De Avila G, De L. Percepción de apoyo social relacionado con la edad y el estadio de cáncer de mama en mujeres usuarias del centro radio oncológico del caribe de la ciudad de Cartagena 2018. investigadores [Internet]. Edu.co. [citado el

24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/15327/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20APOYO%20SOCIAL%20RELACIONADO%20CON%20LA%20EDAD%20Y%20EL%20ESTADIO%20DE%20CANCER%20DE%20MAMA%20EN%20MUJERES%20USUARIAS%20DEL%20CENTRO%20RADIO%20ON~1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30- Maldonado-Reyes F., Vázquez-Martínez V., Loera-Morales J. y Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. Elsevier.es. [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf->

31- Matos Trevín G, Libertad M, Álvarez Vázquez B, Rivera LR, González Gacel J. Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico de Ciencias Médicas [Internet]. Sld.cu. [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/gaby/Downloads/Dialnet-AdherenciaTerapeuticaDePacientesConInsuficienciaRe-7063723.pdf>

32- Hernández-Castro E, Martínez-Gómez L, Cuevas-Téllez OI, Carrillo-Flores G, Guerrero-Morales AL. Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 2022;29(4):257-262.

33- González Lucario O. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de medicina familiar en el centro médico "lic. adolfo lópez mateos". 2013 [citado el 24 de enero de 2024]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14302>

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio:					
Edad:					
Sexo:	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	
Escolaridad:	Sin estudios	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	
	Preparatoria	<input type="checkbox"/>	licenciatura	<input type="checkbox"/>	
Ocupación:	Hogar	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	
	Pensionado	<input type="checkbox"/>	Jubilado	<input type="checkbox"/>	
Estado Civil:	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	
	Divorciado	<input type="checkbox"/>	unión libre	<input type="checkbox"/>	
Con quien vive (Tipo de familia)	Nuclear	<input type="checkbox"/>	Extensa	<input type="checkbox"/>	
	Binuclear	<input type="checkbox"/>	Homoparental	<input type="checkbox"/>	
Tiempo de diagnóstico de Depresión:					
Tipo de tratamiento farmacológico:	Sin tratamiento	<input type="checkbox"/>	ISRS	<input type="checkbox"/>	
	ATC	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	
Tipo de tratamiento No farmacológico:	Sin tratamiento	<input type="checkbox"/>	Terapia	<input type="checkbox"/>	
	Ejercicio Físico	<input type="checkbox"/>	Terapia Ocasior al	<input type="checkbox"/>	
Questionario MOS					
Questionario MBG					

ANEXO 2. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre.

Escriba el número de amigos íntimos o familiares

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseja cuando tenga Problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo Necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentir Querido	1	2	3	4	5

Modificado de: El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS).¹¹

ANEXO 3. CUESTIONARIO MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1	Toma los medicamentos en el horario establecido					
2	Se toma las dosis indicadas					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados					
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento					
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

Modificado de: Cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau)⁹

ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD

CARTA DE NO INCOVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD.

Mexicali, B. C. a 05 de agosto del 2022

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Presente. -

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

“Percepción de Apoyo Social y Apego al Tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC.”

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Graciela Guadalupe López López, con matrícula 99190815 adscrito a dicha unidad médica familiar no. 28 como **investigador principal/responsable**.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

Atentamente




Dr. José Ramiro Herrera López
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo a Agosto 2022	Agosto 2022 a enero de 2023	Enero a julio 2023	Agosto a octubre 2023	Octubre a noviembre 2023	Noviembre a diciembre 2023
Elaboración del Protocolo	X					
Envío para revisión por comité de Investigación y Ética		X				
Recolección de Datos			X			
Captura de Datos			X			
Análisis de Resultados				X	X	
Discusión de Resultados					X	X
Conclusiones					X	X
Entrega						X

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	"Percepción de apoyo social y apego al tratamiento de pacientes con Depresión en la UMF 28 en Mexicali, BC"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 28, IMSS, Mexicali, Baja California, 2023
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es una enfermedad muy común en la actualidad y un grave problema de salud, la cual se caracteriza por una alteración del estado de ánimo de una manera permanente y que afecta la calidad de vida de quien la padece. Es por esto que para nosotros es importante conocer la idea que tienen quienes la padecen sobre el apego al tratamiento y apoyo social para así lograr una adecuada evolución de la enfermedad.
Procedimientos:	Se le invitará a participar con su consentimiento en un estudio que incluye la realización de dos encuestas, la primera consta de 20 preguntas y nos ayudará a conocer el nivel de apoyo social con el que usted cuenta, el segundo consta de 12 preguntas que nos servirá para medir su grado de apego al tratamiento médico.
Posibles riesgos y molestias:	Dado que se trata de un estudio donde se realizarán solo 2 encuestas, el riesgo se considera mínimo relacionado con este procedimiento. La molestia sería la inversión del tiempo para el llenado de los mismos, el cual iría de unos 15-20 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que usted obtendrá en este estudio es que al realizar los dos cuestionarios se podrá identificar cuál es su percepción de apoyo social y apego al tratamiento y en caso de encontrar que tiene una mínima percepción de apoyo social o que no hay apego al tratamiento se le enviará a la consulta con su Médico Familiar para su integración en grupos de apoyo en el área de Trabajo Social y/o se referirá al Centro de Seguridad Social para actividades recreativas que puedan ser beneficiosas para su enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me otorgará información actualizada sobre los beneficios que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para usted como paciente.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, se le ha explicado que es una decisión libre el participar o no en el estudio; por lo tanto, se puede retirar en cualquier momento que decida, sin que eso afecte su atención médica en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Su información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de su información.
Declaración del consentimiento informado para la participación en el estudio:	
<input type="checkbox"/>	Acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta 5 años.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal responsable:	Dra. Graciela Guadalupe López López (graciela.lopez@imss.gob.mx)
Colaboradores:	Dra. Angélica Gabriela Oviedo García (angelica.oviedo80@uabc.edu.mx), Dra. Vanessa Johanna Caro (vanessa.caro@imss.gob.mx)
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono: (55) 58 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Ciave: 2810-008-018	