

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CAMPUS MEXICALI



Determinantes sociales de la salud y automanejo en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 de Mexicali

Por:

PLESS. Liliana Idaeth Soto Flores

Directora de tesis:

DCE. Claudia Jennifer Domínguez Chávez

Co-Directora de tesis:

Dra. Adriana Camargo Bravo

Mexicali, B.C., a 16 de febrero de 2024

Índice de contenido

	Página
Capítulo I	
● Planteamiento.....	1
● Marco teórico conceptual.....	6
● Estudios relacionados.....	14
● Objetivo general.....	21
● Objetivos específicos	21
Capítulo II	
● Metodología... ..	22
○ Diseño	22
○ Población, muestra y muestreo	22
○ Criterios de selección (criterios de inclusión y exclusión).....	22
● Instrumentos de recolección.	23
● Procedimiento para la recolección de datos.....	26
● Consideraciones éticas	27
● Análisis de datos	28
Capítulo III	
● Resultados	29
○ Caracterización de las personas participantes.....	29
○ Descripción de los determinantes de la salud	30
○ Descripción del automanejo.....	33
● Análisis inferencial de los determinantes y automanejo	33
Capítulo IV	
● Discusión	35
● Conclusiones	38
● Limitaciones.....	39
● Recomendaciones.....	39
Referencias bibliográficas.....	41

Índice de anexos

○ Anexo A. Operacionalización de las variables.....	47
○ Anexo B. Cedula de datos sociodemográficos	56
○ Anexo C. AMAI para medir el nivel socioeconómico	57
○ Anexo D. Medición de automanejo por Partners in Health Scale.....	59
○ Anexo E. PCAT-A10 para medir el acceso a los servicios de salud.....	60
○ Anexo F. Escala de actividades físicas	62
○ Anexo G. Escala Duke-UNC-11 para valorar el apoyo social.....	63
○ Anexo H. Cuestionario PHQ-9 para medir la depresión.....	64
○ Anexo I. Escala EEP10 para medir el Estrés Percibido	65

Índice de figuras

- Figura 1.- Determinantes Sociales de la Salud adaptado del modelo de la OPS/ 7
OMS
- Figura 2.- Modelo de Cuidados Crónicos adaptado por Edward Wagner 11

Índice de tablas

- Tabla 1.- Presentación de datos sociodemográficos de los participantes y 29
resultados
- Tabla 2.- Presentación de resultados en categorías de nivel socioeconómico 31
AMAI
- Tabla 3.- Resultados de la clasificación de los síntomas de depresión.....33
- Tabla 4.- Automanejo y subescalas 33
- Tabla 5.- Modelo de regresión lineal múltiple de los determinantes sociales 35
de la salud y el automanejo

Capítulo I

Planteamiento del problema

A nivel mundial, la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es considerada un problema de salud pública, al encontrarse entre una de las principales causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Aunado a ello, su prevalencia se incrementa de manera importante en países con ingresos medianos y bajos, como lo es el caso de México. Durante el año 2018, en México, la diabetes mellitus (DM) tuvo una prevalencia en adultos de 10.32%, siendo mayor en mujeres (11.4%) en comparación con los hombres (9.1%) (González Block et al., 2017; Shamah et al., 2020).

Se conoce que esta patología es de etiología multifactorial, existiendo la posibilidad de que coexistan factores modificables y no modificables incrementando el riesgo para su desarrollo y posterior manifestación de complicaciones de la enfermedad. Entre los factores no modificables asociados a la diabetes, se encuentran la edad, sexo, antecedentes familiares, lugar de nacimiento, por mencionar algunos (Moreno et al., 2020). Por otra parte, existe evidencia sobre factores modificables asociados con el estilo de vida que pueden encontrarse asociados a la DM y la manifestación de sus complicaciones, como lo son la inactividad física, tabaquismo y consumo de alcohol (Petermann et al., 2018).

La constante dinámica de las sociedades modernas, sugieren que es necesario comprender la DM como un problema de salud, en el que pueden intervenir un conjunto de factores relacionados con las desigualdades sociales, políticas y estructurales, estos son mejor conocidos como determinantes sociales de la salud (DSS) (Padrón Santos, 2010). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a

nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas y ejercen gran influencia en el estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La evidencia indica que los ingresos económicos, la ocupación laboral y escolaridad se asocian con el riesgo para desarrollar DMT2 (Domínguez-Alonso, 2013). Mientras que el nivel educativo y socioeconómico se han asociado significativamente con el conocimiento sobre la enfermedad en quienes ya la padecen (Silva et al., 2020). La búsqueda de la mejor evidencia disponible permite identificar la escasa literatura que existe sobre la influencia de los DSS sobre la capacidad de control de una persona sobre su enfermedad.

Por lo que investigar y comprender estos DSS y su repercusión en la salud, podría favorecer a disminuir la ocurrencia de comorbilidades y complicaciones secundarias en las esferas físicas, sociales y emocionales que, a su vez puedan asociarse con la responsabilidad sobre el cuidado que adquiere una persona una vez que se le diagnostica una enfermedad.

Por lo que se reconoce la relevancia de reconocer que los determinantes sociales de la salud desempeñan un rol predominante en el cuidado y automanejo de las enfermedades (Cerezo-Correa, Cifuentes-Aguirre, Nieto-Murillo & Parra-Sánchez, 2012) y se encuentran íntimamente relacionados.

Referente al automanejo, existen múltiples definiciones, según Barlow se define como *“las habilidades individuales para manejar los síntomas, tratamiento, las consecuencias físicas y psicológicas y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una condición crónica”* (Barlow et al., 2002).

Entre otras definiciones se encuentra también la establecida por expertos como Adams, Grenier y Corrigan, quienes plantean que *“el automanejo se relaciona con las tareas que un*

individuo debe emprender para vivir adecuadamente con una o más cronicidades. Estas tareas incluyen ganar confianza para lidiar con el manejo médico, el manejo de funciones y el manejo emocional.”(citado en Bonal Ruiz & Cascaret, 2009). Esta definición incluye o engloba la confianza que el individuo tendrá en sí mismo para realizar esas tareas antes mencionadas y las distintas actividades que forman parte de su vida diaria como lo son domésticas, laborales, profesionales, sociales, recreativas, entre otras.

El automanejo representa una estrategia de atención de las enfermedades crónicas, que permite detectar y resolver los problemas que se asocian con la enfermedad, para que la persona logre una óptima calidad de vida, pero sobre todo promover la responsabilidad del individuo ante su salud, ofreciéndole herramientas para optimizar su cuidado (Grady & Gough, 2018; Palomino Moral et al., 2014).

En evidencia previa, se menciona que las complicaciones crónicas por DM deterioran la calidad de vida y pueden llevar incluso a la muerte de los pacientes, además de representar un elevado costo de insumos y procedimientos especializados para los servicios de salud. Debido a esto, con el objetivo de prevenir o disminuir las complicaciones, se percibe interés en programas de automanejo, que permitan modificar conocimientos, actitudes y prácticas en tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos. Se ha reconocido que el automanejo satisface en su mayoría los problemas que las personas puedan presentar por una enfermedad crónica (Peñarrieta de Córdova et al., 2019).

En este sentido, es importante que el profesional de enfermería considere dentro de la atención a la persona con enfermedades crónicas no transmisibles, un plan de automanejo para optimizar y promover un control adecuado y por ende la oportuna prevención de futuras complicaciones, ello en apego a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como se

indica en el objetivo tres, en el que se reconoce el derecho al acceso a la salud y promover que idealmente toda persona debe ser capaz de proteger su salud, para garantizar una vida sana y el bienestar de las personas en todas las edades (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023). Por ello, se considera de suma importancia educar a los individuos sobre la enfermedad para generar el conocimiento necesario en cuanto a llevar un correcto automanejo de ella, ya que la mayoría de quienes la padecen empiezan el tratamiento con medicación, omitiendo la importancia que conllevan otros factores que también influyen de forma favorable en el control metabólico.

Existe un vacío de conocimientos que permitan comprender de qué manera los determinantes sociales de la salud pueden influir en el automanejo de las enfermedades. Por tanto, se reconoce la necesidad de analizar el problema desde perspectivas amplias, que permita tomar acciones tanto en el contexto de los hábitos sociales, la situación económica, culturales y educativa; con la finalidad de desarrollar estrategias o propuestas que inciten y concienticen a las personas con dicho padecimiento a llevar un automanejo de forma correcta para disminuir la morbimortalidad, así como disminuir los costos que genera esta enfermedad, ya que las complicaciones crónicas que se desarrollan por la evolución de la DMT2, implican elevados costos económicos para su mantenimiento y control por parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Es por ello que, con esta investigación, se pretende generar conocimientos que sean de aporte para la población y la profesión de enfermería ya que, al comprender los determinantes sociales de la salud de la población en estudio, será posible proponer soluciones y estrategias, para favorecer a que las personas con diabetes mellitus tipo 2 logren manejar eficazmente las enfermedades y mejorar su salud (Amada Aparicio-Llanos 1, 2010; Grady & Gough, 2018; Solórzano Segovia et al., 2021).

Derivado del incremento sostenido de las enfermedades crónicas, se han desarrollado modelos que permiten comprender la responsabilidad en conjunto que se establece entre los sistemas de salud y las personas receptoras de los servicios. Ejemplo de ello, es el Modelo de Cuidados Crónicos Edward Wagner (1998), quien plantea el automanejo como una estrategia de atención de las enfermedades crónicas, que permite detectar y resolver los problemas que se asocien con la enfermedad, para que la persona logre una óptima calidad de vida, pero sobre todo promover la responsabilidad del individuo ante su salud, ofreciéndole herramientas para optimizar su cuidado (González-Burboa et al., 2019). Estudios realizados en el contexto mexicano sobre el automanejo indican que este es deficiente (De León et al., 2019; Peñarrieta et al., 2015).

Actualmente se reconoce que existe un vacío de conocimientos que permitan comprender de qué manera los DSS pueden asociarse con el automanejo de la DMT2. Por tanto, se reconoce la necesidad de analizar el problema desde perspectivas amplias, que en un futuro permitan sustentar la toma de acciones tanto en los contextos sociales, económicos, culturales y educativos, con la finalidad de desarrollar estrategias o propuestas que inciten y concienticen a las personas con DMT2, a llevar un autocontrol de forma correcta para disminuir la morbimortalidad, así como los costos que generan en la atención.

Por lo que la presente investigación tiene el objetivo de examinar la influencia de los determinantes sociales de la salud en el automanejo para la DMT2 en personas adultas de Mexicali B.C.

Marco Teórico Conceptual

En este apartado se presentan los modelos que sustentan la realización de la presente investigación. De manera inicial se presenta el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (2005), seguido del Modelo de Cuidados Crónicos creado por Edward Wagner (1998).

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

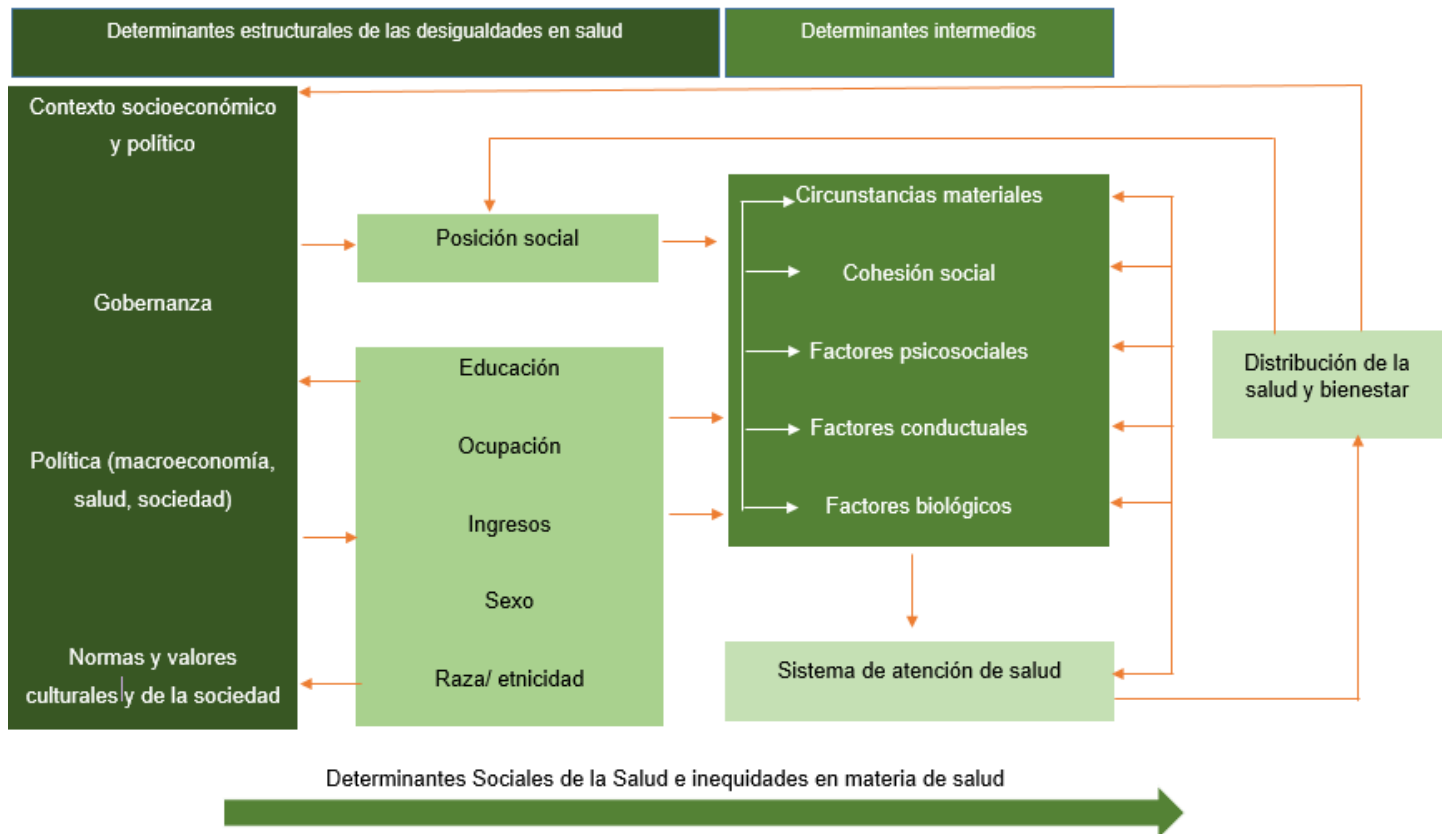
La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como “todas *aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo el conjunto más amplio de sistemas y fuerzas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*” (OPS/OMS, 2022).

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud propuesto por los organismos internacionales, se encuentra estructurado por un macrosistema, factores intermedios y un microsistema (figura 1.) En la Diabetes mellitus (DM), los determinantes sociales han influido en torno a los factores y variables antes mencionados y trascienden en la población por medio de la alteración de la calidad de vida, por ello, para la presente investigación se tomarán en cuenta los factores estructurales e intermedios que mayormente se identificaron durante la revisión de literatura, exceptuando los factores políticos.

En cuanto al macro sistema, se encuentra integrado por los determinantes estructurales y/o sociales, donde se hace referencia a los aspectos o cualidades que refuerzan la estratificación de una sociedad, es decir, la forma en la que pueden ser clasificados los elementos de una sociedad, que a su vez permiten definir el estatus socioeconómico de los individuos. Entre ellos se encuentran el contexto socioeconómico y

político, gobernanza, política (macroeconomía, salud, sociedad), normas y valores. Estos a su vez se acompañan de determinantes estructurales que se conforman por la posición social, educación, ocupación, nivel de ingreso, sexo y género, raza y etnicidad.

Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud adaptado del modelo de la OPS/OMS



Debido a la complejidad del abordaje de todos los elementos del macrosistema, para esta investigación se optó por el estudio solamente algunos determinantes estructurales como el nivel educativo y nivel de ingresos.

Diversas investigaciones, han identificado que los factores como el nivel educativo y el ingreso económico se asocian con el nivel de ocupación, sugiriendo que, a mayores niveles de educación, mejores posibilidades laborales e ingresos económicos, lo que conlleva a mejores indicadores de salud en la población (Alfaro, 2014; Silva-Tinoco et al.,

n.d.; Solórzano Segovia et al., 2021). Por el contrario, un nivel educativo bajo podría asociarse con afectaciones al estado de salud. (Alfaro, 2014)

La cultura y la etnia tienen relación con los valores que determinan el medio social y económico, debido a esto, algunos grupos de personas o comunidades pueden presentar el riesgo de una inadecuada salud por la carencia de acceso a servicios de salud ya sea debido a su lenguaje o que no se considere culturalmente apropiado. Así mismo, en la literatura se menciona que la salud de las mujeres y hombres difieren en oportunidades académicas y por ende un trabajo inestable (Solórzano Segovia et al., 2021).

En cuanto a los factores intermedios se considera que estos se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias entre la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que perjudican la salud. Se considera que las escasas condiciones de vivienda, la exposición a un trabajo con alto nivel de riesgo, las condiciones que generen estrés y el disminuido acceso a servicios de salud crean mayormente el riesgo de llevar un estado de salud no favorable, al igual que podrían influir la posición socioeconómica y el estándar de vida de los individuos. Entre estos factores se destaca el acceso a los servicios de salud. El acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud influye también en el estado de salud. Es importante conocer el efecto que se tiene dentro de una organización, si permite o no un acceso o si este es mediado por los recursos económicos de las personas (Alfaro, 2014). En esta investigación se considerará para este factor, la identificación de la institución en la que cuenta con Servicios de Salud, así como la evaluación del acceso a los Sistemas de Salud.

Finalmente, el microsistema se integra por los factores de riesgo individuales (Hernández, Ocampo, Ríos & Calderón, 2017) como las circunstancias materiales, cohesión

social, factores psicosociales, conductuales y biológicos. A continuación, se describen las características de estos.

Circunstancias materiales: incluye factores que afecta al entorno del individuo y que influyen decisivamente en su salud; con base a la revisión de literatura, se identificaron que los factores que mayormente se han asociado a la diabetes son la calidad de la vivienda y lugar de residencia (Campo Guinea & Portillo, 2013). Por la dificultad para evaluar este determinante no se consideró en la investigación.

Cohesión social: hace referencia a la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos de la sociedad (Zunzunegui & Puime, 2011). La evidencia reporta que el apoyo social en personas con diabetes tiene suma importancia ya que podría influir en la mejora de salud, pues se considera un soporte para la persona con dicha enfermedad, considerando que se debe evitar un efecto negativo creando la dependencia de un cuidador (Alarcón-Mora et al., 2017). En esta investigación, se propone la investigación de este factor a través del apoyo social.

Factores psicosociales: Son aquellas circunstancias de vida como relaciones estresantes y depresión. La evidencia indica que el estrés, se asocia con la aparición de diabetes mayormente en mujeres, por lo que, el simple hecho de padecer una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) se considera estresante (Rivas V. et al., 2011). Así mismo, la depresión en personas con DM puede llevar a la afección del control glicémico, obesidad, y la disminución de actividad física; lo que podría favorecer a la manifestación de ciertas complicaciones (Ortiz et al., 2011). Por lo tanto, se tomarán en cuenta el estrés y los síntomas de depresión para esta investigación.

Factores conductuales: Se refiere a las conductas asociadas al estilo de vida como la dieta, actividad física, consumo de alcohol y tabaco. Se consideran como los hábitos de

vida que condicionan la salud, ya que estas conductas se forman por decisiones personales y por influencias del entorno y grupo social (Tafari et al., 2013). Por tanto, para esta investigación se considerarán como factores conductuales la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco.

Factores biológicos: Se incluyen los factores genéticos, ya que juegan un papel preponderante en las condiciones de salud y el riesgo de desarrollar cierto tipo de enfermedades. No se consideraron factores de este tipo para la investigación.

En síntesis, los DSS que fueron considerados como variables independientes del automanejo fueron el nivel socioeconómico, acceso a los servicios de salud, años de escolaridad, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, apoyo social, estrés percibido y la presencia de síntomas de depresión.

Modelo de Cuidados Crónicos

El modelo de Cuidados Crónicos propuesto por Edward Wagner (1998) plantea el apoyo hacia las necesidades de las personas y sus familias para llevar a cabo la gestión de las enfermedades crónicas, o en su defecto, la prevención de ellas; esto con la finalidad de mantener la calidad de vida de quienes padecen alguna Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT), considerando que es primordial atender a cada una de las necesidades manifestadas por las personas, reconociendo de esta manera la necesidad de centrar el sistema de atención de salud hacia un enfoque que promueva la mejora de resultados a la salud de quienes padecen ECNT (González-Burboa et al., 2019). Este modelo reconoce los determinantes sociales de la salud antes mencionados y considera la

necesidad de la participación de la comunidad como elemento clave para el trabajo contra ECNT, por ello se considera importante su uso (Barr et al. 2003).

El presente modelo se encuentra integrado por tres constructos: a) comunidad; b) sistemas de salud; e) interacciones con el paciente en la práctica. A continuación, se describen cada uno de ellos (Figura 2.)

Comunidad: Este hace referencia a las políticas y diversos recursos, ya sean públicos o privados.

Sistema de salud: En este se identifican distintos componentes considerados esenciales, que son pieza clave para otorgar una atención de calidad a pacientes con ECNT, hace referencia a la organización para la atención de la salud, en la que se consideran el

Figura 2. Modelo de Cuidados Crónicos



Adaptado de Edward Wagner (1998)

apoyo al automanejo, el rediseño de las prestaciones de servicios, apoyo en la toma de decisiones clínicas y sistemas de información clínica.

Se considera importante que las organizaciones que otorgan atención de salud cuenten con un enfoque coherente que permita la mejora del sistema de salud, llevándose a cabo de forma responsable y comprometida. Utilizando como estrategia el manejo sistemático de problemas y errores en la atención de salud, puesto que, si los objetivos de una organización y sus directivos no consideran los cuidados crónicos como una prioridad, no sería posible una innovación, teniendo en cuenta que si los gobiernos y compañías no recompensan económicamente, sería difícil mantener las mejoras que logren establecerse (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

A continuación, se describen estos componentes haciendo especial énfasis en el apoyo al automanejo, concepto que será empleado en esta investigación:

El apoyo para el automanejo considera la implementación de intervenciones educativas y de apoyo por parte del personal de salud en colaboración con los pacientes para identificar los problemas y lograr su resolución. El concepto automanejo incluye el establecimiento de metas y prioridades, para la creación de planes de cuidado, además de promover la educación sobre la enfermedad, favoreciendo el desarrollo, habilidades y apoyo psicosocial para los pacientes y familiares. El automanejo hace referencia a las actividades que las personas realizan para crear orden, disciplina y control de sus vidas, aplicándose también al cuidado de la salud y las enfermedades crónicas. Este se implementa a través de la educación del paciente y según las necesidades o el tipo de apoyo que requiera el paciente o individuo se diseña un plan de acción (Grady & Gough, 2018; Peñarrieta de Córdova et al., 2019). Todo esto permitiría llevar a cabo un óptimo estilo de vida, además de promover la responsabilidad del individuo en el cuidado de la enfermedad

Este concepto va más allá de un tratamiento usual sino que involucra al paciente, familia, comunidad y personal del sistema de salud para facilitar la atención integral del individuo. El automanejo se enfoca en procedimientos preventivos de complicaciones evitando el deterioro de la salud, pues se conoce que las complicaciones pueden ser prevenidas con un adecuado manejo de la enfermedad. Aunado a ello se ha identificado que el automanejo tiene beneficios para la salud de las personas con ECNT ya que influye en la mejora del estado emocional y psicológico, utilizando una amplia gama de estrategias para su recuperación, generando respuestas positivas en el estado de salud (Giraldo Osorio et al., 2015; Grady & Gough, 2018; M.S. De León-Ramírez & M.S. Piñones-Martínez, 2020)

El fomento del automanejo en los contextos de cuidado permite identificar las necesidades de la persona con DM, ya que en muchas ocasiones se desconocen los involucrados en su desarrollo y que favorece a la manifestación de complicaciones que se asocian a esta (Campo Guinea & Portillo, 2013).

En cuanto al rediseño de prestaciones de servicios, se reconoce que además de la implementación de intervenciones a un sistema u organización para resolver problemas de salud agudos o de ECNT, es necesario realizar cambios en el diseño de la prestación de servicios, con el fin de que la atención a los pacientes sea de forma efectiva. Para ello, es importante contar con profesionales de la salud que otorguen cuidados de calidad, implementando planes de cuidados acorde a las necesidades del paciente (Barceló et al., 2013).

Por otra parte, el apoyo para la toma de decisiones clínicas, hace referencia al soporte que establecen los profesionales de salud para la toma de decisiones en contextos clínicos. Ejemplo de ello, son los programas de atención a personas con ECNT que cuentan

con guías clínicas, así como con protocolos que se basan en evidencias y que son integrados como parte de la atención en la práctica clínica cotidiana.

Con relación al fortalecimiento de los sistemas de información clínica, se hace referencia a la necesidad de contar con recordatorios a los pacientes y personal de salud para facilitar la planificación e identificación de poblaciones que cuenten con necesidades especiales, con el objetivo de lograr una atención de forma efectiva y eficiente (Valdivia Navarro & Pérez Rosa, 2016).

Para robustecer la atención de salud en personas con ECNT y que sea de forma eficaz y efectiva, es necesario que las organizaciones y otros recursos comunitarios se encuentren vinculados a través de iniciativas en conjunto con la comunidad y el sistema de salud. Sin embargo, si existe un escaso conocimiento sobre los servicios de salud con los recursos comunitarios que se cuentan, se podría impedir que el paciente obtenga los beneficios con los que se encuentren aliados (Ministerio de Salud Pública de Chile, 2015).

Las interacciones productivas entre los pacientes informados y activados en conjunto con el equipo de práctica de médicos y profesionales dan como consecuencia una mejora en los resultados tanto funcionales como clínicos de la enfermedad crónica (Barr et al., 2003).

Estudios relacionados

Determinantes sociales de la salud

Solórzano et al. (2020) realizaron un estudio en Ecuador con el objetivo de identificar los determinantes sociales en salud y el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, en una población de personas entre los 30 y 74 años. Los resultados indican que los determinantes sociales de la salud presentes en esta población fueron los ingresos

económicos, siendo este el determinante con mayor frecuencia ($f=17$, 28%), seguido de ocupación laboral ($f=16$, 27%), los factores de riesgo modificables ($f=11$, 18%) y los determinantes con menor frecuencia como lo son los factores educativos ($f=8$, 14%) y otros factores de riesgos no modificables ($f=8$, 13%). En cuanto a los antecedentes patológicos se encontró que la hipertensión arterial, la neuropatía, estenosis hepática y el hipotiroidismo se presenta mayormente en mujeres. Por el contrario, la diabetes mellitus tipo 2, alergias y el evento cerebrovascular se presentan con mayor frecuencia en hombres.

Ruiz et al. (2006) realizaron una investigación en España para describir la situación de la diabetes mellitus (DM) en España desde una perspectiva de salud pública. Los resultados muestran que los costes económicos de la DM2 se encuentran entre 381 y 2,560 euros/paciente/año. Estudios que evalúan costes totales los posicionan en rangos de entre 758 y 4.348 euros/persona/año. Según el estudio realizado, demuestra que, a menor nivel socioeconómico, menor es el control y manejo de la enfermedad, lo que genera una mayor frecuencia y el riesgo de generar posibles complicaciones de la misma. Aunado a ello, se puede afirmar que la DM es un importante problema de salud pública que seguirá incrementándose en los próximos años si no se toman las medidas de prevención y control oportunas.

Estudios como el de Colunga et al. (2008), en su estudio realizado en Guadalajara, determinaron la prevalencia de depresión y compararon los indicadores sociodemográficos, metabólicos y clínicos, en personas con diabetes tipo 2 deprimidas y no deprimidas. Los resultados muestran que la prevalencia de depresión fue de 63 %, en una proporción de tres a uno, siendo mayor en mujeres que en hombres; también se encuentra la existencia de diferencias en escolaridad ($p= 0.04$), estado civil ($p= 0.04$) y ocupación ($p= 0.000$) entre deprimidos y no deprimidos ($p \leq .05$).

Torres et al. (2014) realizaron un estudio en Chile, para determinar la incidencia de depresión, no conocida previamente, en pacientes diabéticos tipo 2 en dos centros de atención. Los resultados demuestran que de la muestra total de encuestados ($n=111$), el 41% presentó síntomas depresivos, que llegan a ser provocados posterior a un trastorno depresivo mayor, siendo mayormente presentados en el género femenino con un 58.3%. No se encontró asociación significativa entre depresión e índice de masa corporal alto, inadecuado control metabólico y viudez.

Lazcano et al. (2007), realizaron un estudio en Colombia, teniendo como objetivo explorar una teoría de rango medio derivada del Modelo de Roy para conocer cómo influyen el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con DMT2. Los resultados muestran que la media de edad fue de 52.26 años ($DE= 7.57$). Según los modelos de regresión lineal, se demostró que el estrés percibido repercutió de forma negativa con el afrontamiento y funcionamiento psicosocial (ambas $p < .001$), excepto en la adaptación fisiológica.

Poblete et al. (2018), realizaron un estudio en Chile, para describir el nivel de apoyo social en pacientes con hipertensión y diabetes tipo II de salud primaria en Chile y su asociación con la salud autoevaluada, la adherencia al tratamiento y un mejor control de la glicemia y la presión arterial. Los resultados muestran que el 83% de los 647 participantes evaluados obtuvieron un nivel alto de apoyo social. Hubo una asociación significativa entre el apoyo social y la salud autoevaluada ($OR 2.32$; IC del 95%: 1.19-11.23; $PR 1.18$; IC del 95%: 1.07-1.31).

Cartas et al. (2011), realizaron un análisis en Costa Rica, con el objetivo de comprender el papel de la formación de redes de apoyo familiares, institucionales y de amigos en las mujeres diabéticas que acuden al Centro de Salud y al Club de Diabéticos de

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, en el proceso de salud-enfermedad-atención de la Diabetes mellitus II. Los resultados muestran que las redes institucionales conforman la principal estrategia de atención, control y búsqueda de alivio por parte de las informantes. Las mujeres refieren percibirse mayormente valoradas dentro de un club social que, con sus propios familiares, pues se sienten comprendidas e identificadas con las demás personas con EC. Existen casos en los que el apoyo familiar es reemplazado por amistades.

Arteaga et al. (2017) realizaron un estudio en Colombia, con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social que perciben las personas con diabetes Mellitus (DM) tipo 2 y su control metabólico. Los resultados demuestran que existe mayor percepción positiva de apoyo social en mujeres. El 86.5% de la muestra refieren notar apoyo social positivo, el 48.6% convive con 5 o más de sus familiares, mientras que el 10% no cuenta con ningún familiar, lo que conlleva a un grupo de apoyo social negativo, razón por la que se considera que los servicios de salud proporcionen servicios más humanizados involucrando al paciente y su entorno para que participe y lleve a cabo un mejor control de la enfermedad y afrontamiento de esta.

López et al. (2020), realizaron un estudio en Oaxaca, para describir la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en personas indígenas mexicanas con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados muestran que la edad promedio de los participantes fue de 53.1 años (DE= 10.6). El 73% fue femenino y 38% era casado. La prevalencia de consumo de tabaco fue de 3.1% y la prevalencia de consumo de alcohol fue de 7.4%. Se encontró también, un promedio de 4.5 litros de bebidas alcohólicas (IC= 0.5- 10.0, DE= 4.7) así como un promedio de 14.7 (IC= 5- 35, DE= 13.8) cigarrillos a la semana. Según el sexo, el hombre se consideró con mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol.

Manzaneda et al. (2015), realizaron un estudio en Perú, con el objetivo de determinar el nivel de actividad física que realizan los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que acuden a un Hospital Nacional de Lima, Perú. Los resultados arrojan que el 66% fueron mujeres, la media de edad fue 61.6 años y el 70% presentó inadecuado control glicémico. El 12% de individuos se encontró con actividad física adecuada, 20% como inactivo y el 68% con mínima actividad física. La edad fue asociada negativamente con la actividad física, además de no hallarse relación entre actividad física, tiempo de enfermedad, control glicémico, ni IMC.

Laclé et al. (2007), realizaron un estudio en Costa Rica, para conocer la prevalencia de personas en riesgo de desarrollar diabetes en una comunidad urbano marginal, sus factores de riesgo y la incidencia de diabetes en esa población. Los resultados muestran que la prevalencia de personas en riesgo fue del 60.1%. La tasa de incidencia por 100 personas al año según su sexo fue de 1.5 para las mujeres y de 1.93 para los hombres; por lo que, este indicador permitirá que el sistema de salud estudie la carga de la enfermedad, así como el efecto que tiene sobre la población al igual que sus programas de prevención.

Carlsson et al. (2019), realizaron un estudio en Suecia, con el objetivo de identificar las ocupaciones donde la enfermedad es común y/o el riesgo es alto y analizar la incidencia y la prevalencia de la diabetes tipo 2 en todos los grupos ocupacionales en Suecia. Los resultados muestran que la prevalencia de diabetes tipo 2 fue de 5.2% en hombres y 3.2% en mujeres; en los hombres fue más alto entre los conductores de vehículos motorizados (8.8%) y en las mujeres fue más alto entre los trabajadores de la industria (6.4%). La incidencia varió dramáticamente entre los grupos ocupacionales. En los hombres, fue mayor entre los trabajadores de manufactura (9.41) y conductores profesionales (9.32) y menor entre los docentes universitarios (3.44). En mujeres, la incidencia fue mayor en

trabajadoras de manufactura (7.20) y limpiadoras (6.18) y menor en fisioterapeutas (2.20). Se encontraron diferencias importantes en la prevalencia de sobrepeso y tabaquismo y en el nivel de aptitud física entre estos grupos ocupacionales incluso a edades jóvenes.

Automanejo en Diabetes y otras enfermedades crónicas

De León et al. (2019), realizaron un estudio en Tamaulipas, teniendo para identificar la relación entre automanejo en general y sus dimensiones con síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. Se encontró que existe relación moderada y de dirección negativa entre los síntomas de depresión y el automanejo ($r=-0.308$, $p<0.001$). De manera adicional se encontró que el automanejo en la enfermedad crónica tuvo un puntaje promedio de 79.43 (DE=17.02, Mín.=0 y Máx.=100). Por subescala la adherencia tuvo el promedio más alto ($\bar{X}= 83$, DE=16.39), seguido del manejo de signos y síntomas ($\bar{X}= 81.50$, DE=17.09) y conocimiento ($\bar{X}= 69.20$, DE=23.90).

Peñarrieta et al. (2015), ofrecieron un análisis en Tamaulipas con el fin de describir las características del automanejo de la enfermedad crónica en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer. Los resultados muestran deficiente automanejo de su enfermedad. El automanejo en la enfermedad crónica tuvo un puntaje promedio de 68.97 (DE=16.56, Mín.= 3 y Máx.=100). Por subescala la adherencia tuvo el promedio más alto ($\bar{X}= 69.94$, DE=17.75, Mín.= .0 y Máx.=100), seguido del manejo de signos y síntomas ($\bar{X}= 69.55$, DE=17.27, Mín.= 4 y Máx.=100) y conocimiento ($\bar{X}= 65.01$, DE=21.89, Mín.= 0 y Máx.=100). Las mujeres con DMT2 presentaron mayormente problemas sociales y emocionales. (Peñarrieta de Córdova et al., 2019).

Maldonado et al. (2018) realizaron un estudio en Tamaulipas para identificar la relación entre automanejo y apoyo social en personas con cronicidad de Tamaulipas-México en personas adultas con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Los resultados muestran que el automanejo de las enfermedades crónicas es adecuado con una media de 78.82 (DE=15.26, Mín.=24 y Máx.=96). Misma situación ocurrió con el apoyo social percibido. En cuanto a las subescalas del automanejo, la que presentó mayor promedio fue adherencia (\bar{X} = 40.21, DE=8.26, Mín.= 12 y Máx.48), seguido del manejo de signos y síntomas (\bar{X} = 26.75, DE=5.61, Mín.= 8 y Máx.=32) y conocimiento (\bar{X} = 11.85, DE=3.88, Mín.= .0 y Máx.=16). Se encontraron relaciones positivas y significativas entre el apoyo afectivo y las subescalas del automanejo conocimiento (ρ =.229, p =.001), adherencia (ρ =.171, p =.017) y signos y síntomas (ρ =.228, p =.001). Por otra parte, el apoyo social de confianza presentó relación positiva solamente con la subescala de signos y síntomas (ρ =.188, p =.008). En general el apoyo social y el automanejo se relacionaron positivamente (r =184 p =.010).

Mar et al. (2017) realizaron una investigación en Tamaulipas, con el objetivo de analizar la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes tipo 2 que reciben atención en un centro de salud. En cuanto al automanejo y su relación con la funcionalidad familiar, se encontró que a mayor funcionalidad familiar mayor automanejo (ρ =.246, p =.014). El automanejo indica una media de 80.56 (DE=13.93, Mín.=0 y Máx.=100). Según las subescalas, la adherencia tuvo el mayor promedio (\bar{X} = 82.90, DE=15.40), seguido del manejo de signos y síntomas (\bar{X} = 81.13, DE=15.60) y conocimiento (\bar{X} = 72.44, DE=21.85). También se mostraron diferencias entre sexos en aspectos de conocimiento de la enfermedad, presencia de problemas de orden físico, emocional y social; los de mayor mención fueron los

emocionales y sociales. Aunado a ello, solamente se encontró relación entre la funcionalidad familiar y adherencia ($\rho=.242$, $p=.015$) y signos y síntomas ($\rho=.351$, $p=.0001$).

Objetivos

Objetivo general

Examinar la influencia de los determinantes sociales de la salud en el automanejo para la DMT2 en personas adultas de Mexicali B.C.

Objetivos específicos

Describir los Determinantes Sociales de la Salud en el automanejo para la DMT2 en personas adultas de Mexicali B.C.

Describir el automanejo para la DMT2 en personas adultas de Mexicali B.C.

Capítulo II

Metodología

Dentro de este apartado, se describen el diseño, población, tamaño de la muestra, muestreo, criterios de selección, instrumentos de recolección de los datos, procedimientos para la recolección, consideraciones éticas y análisis de los datos.

Diseño

El diseño fue de tipo transversal con un análisis descriptivo e inferencial. Se considera descriptivo ya que se identificaron las características de la población de estudio y se describieron las variables de interés. El diseño inferencial se establece por la necesidad de examinar la influencia de los DSS en el automanejo de las personas con DMT2.

Población, muestra y muestreo

Se consideró una población infinita conformada por personas adultas con mayoría de edad, residentes de Mexicali. El tamaño de la muestra se estimó empleando el programa estadístico G*Power obteniendo un total de 153 personas para el estudio. No obstante, sólo fue posible reclutar a 138 participantes. Para la aproximación a los participantes se consideró el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó la difusión de la investigación por medio de la publicación y envío de la invitación a través de redes sociales como Facebook y WhatsApp, publicándose en los estados y biografías de las aplicaciones mencionadas y enviándolo a amigos y familiares, permitiendo que ellos lo reenvíen y lograr mayor difusión.

Criterios de selección

Para seleccionar a las personas participantes se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Fueron incluidas personas de ambos sexos con mayoría de edad y diagnóstico de DMT2 que sabían leer, con acceso a internet y un dispositivo electrónico

(celular, computadora, Tablet) que les permitiera ingresar al enlace para responder a los instrumentos. /Fueron excluidas las personas con diagnóstico de DMT2 menor a seis meses, debido al proceso de adaptación a la enfermedad. La evidencia previa, ha demostrado que el tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta el momento en el que la persona lleva a cabo el cuidado de su enfermedad, pueden afectar de forma negativa en la adaptación fisiológica (Lazcano & Salazar, 2009).

Instrumentos de recolección

La información se obtuvo por medio de un formulario virtual en el que se presentaron los instrumentos que se describen a continuación.

La cédula de datos sociodemográfica se elaboró ex profeso e incluye las variables que permitieron evaluar algunos de los DSS del macro y micro sistema. Las variables que se incluyen son: años de escolaridad, consumo de alcohol y tabaco. Adicionalmente se recolectaron la edad, sexo, género, zona de residencia, grado académico (categorizado), ocupación, vivienda propia, número de habitantes en la vivienda, nacionalidad para describir características adicionales de las personas participantes.

El nivel socioeconómico se evaluó a través de AMAI, diseñado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión, que actualmente, éste clasifica a los hogares con un algoritmo desarrollado por el comité de Niveles Socioeconómicos con la “regla del NSE” que mide la satisfacción de las necesidades básicas o más importantes del hogar. AMAI evalúa seis características para el hogar: 1) escolaridad del jefe del hogar; 2) número de dormitorios; 3), número de baños completos; 4) número de personas que habitan en el hogar mayores de 14 años que trabajan; 5) número de autos; 6) acceso a internet. De acuerdo con las respuestas del entrevistado se asigna una serie de puntos, teniendo como puntaje máximo 300 y un puntaje mínimo de cero, este

puntaje fue dado de forma proporcional a cada una de las categorías, mismos que al final se sumarán. Dicha suma será contrastada con los puntos de corte definidos para asignar el nivel socioeconómico correspondiente: A/B clase rica ≥ 202 puntos; C+ clase media alta de 168 a 201, C clase media- media de 141 a 167, C- clase media baja de 116 a 140; D+ clase baja media de 95 a 115; D+ clase pobre de 48 a 94; E: pobreza extrema de 0 a 47. Se utiliza la estratificación univariada de Dalenius-Hogdes (1959), para obtener los puntos de corte (AMAI, 2021).

El índice del Primary Care Assessment Tool for adults (PCAT-A10), se utilizó para medir el acceso a los servicios de salud. Se trata de una versión breve del índice original del PCAT que consta de 10 ítems. Los ítems se encuentran distribuidos en las siguientes subescalas: a) primer contacto con los servicios de salud (cuatro ítems); b) continuidad de la atención (tres ítems); c) coordinación de la atención (un ítem); d) globalidad de la atención (un ítem); e) y competencia cultural (un ítem). Las respuestas se muestran en escala Likert que van de cero a 4 donde: 0= “no, lo sé”; 1=“No, en absoluto”; 2= “es probable que no”; 3=“es probable que sí”; 4= “si, sin duda”. A mayor puntuación se considera un mejor acceso a los servicios del primer nivel de atención. El índice PCAT-A10 ha mostrado una consistencia aceptable en investigaciones previas (Rocha et al., 2021).

Para evaluar la actividad física, se utilizó la Escala de Actividades Físicas. Esta se conforma por 6 reactivos que miden la frecuencia de ejercicio que el participante realiza por semana (en minutos), así como el ejercicio aeróbico y el fortalecimiento de forma independiente (hacer algún ejercicio para estirar y fortalecer los músculos). La escala de respuesta es de tipo Likert que va de cero a cuatro: 0= “ninguno”; 1= “menos de 30 minutos; 2=“30-60 minutos por semana; 3=“1-3 horas por semana”; “más de 3 horas por

semana”. Para los resultados, se califica sumando el total de ítems (valor mínimo de cero y máximo de 24), en donde a mayor puntaje mejor actividad física. El alfa de Cronbach tiene una confiabilidad de 0.72 (Loring et al. 1996, citado por León et al., 2019).

El apoyo social se evaluó con la escala Duke-UNC-11 (Broadhead et al. 1988; versión de Bellón et al. 1996). Este instrumento cuenta con 11 ítems y su escala de respuesta es de tipo Likert que va de uno a cinco. Se evalúa el apoyo social en dos dimensiones: apoyo social confidencial (ítems 2, 6, 7, 8, 9,10 y 11) y apoyo social afectivo (1, 3, 4, y 5). La validación española optó por un punto de corte percentil de 15, correspondiente a una puntuación < 32. Si la puntuación es igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. En población española se ha obtenido valores aceptables de consistencia interna. (Cuéllar-Flores & Dresch, 2012)

Para la medición de los síntomas de depresión se utilizó el Cuestionario de salud del paciente PHQ-9. Este es un instrumento de cribado que mide la presencia y severidad de los síntomas depresivos. Se conforma de nueve ítems que evalúan la presencia de síntomas durante las últimas dos semanas. Las puntuaciones se califican con una escala Likert que va de cero a cuatro (nada en absoluto, varios días, más de la mitad de los días, casi todos los días), llegando a una puntuación de entre cero a 27 y puntos de corte de 5, 10,15 y 20. Se representan los niveles de síntomas depresivos como mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) moderado a grave (15-19) y grave (20-27) (Saldivia et al., 2019). Se diagnostica depresión mayor si el puntaje es mayor o igual a cinco o más de los nueve criterios de síntomas depresivos han estado presentes al menos más de la mitad de los días en las últimas dos semanas, y uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o anhedonia. El alfa de Cronbach que ha mostrado aceptable (Cassiani-Miranda et al., 2021)

La Escala de Estrés Percibido (EEP10), propuesta por Cohen et al. (1983), se utilizó para la medición de la respuesta psicológica de los participantes cuando se encuentran frente a factores estresantes. Esta escala consta de 10 ítems, brindando cinco opciones de respuesta y se clasifican de cero a cuatro. Para los ítems 1, 2, 3, 6,9 y 10, el valor de cada respuesta es: 0=“nunca”;1=“casi nunca”; 2=“de vez en cuando”; 3= “a menudo”; 4=“muy a menudo”. Los ítems 4,5, 7 y 8 se califican de forma invertida. Esta versión de 10 ítems cuenta con las posibles puntuaciones que están entre 0 y 40 (Campo-Arias et al., 2009). A mayor puntuación, mayor estrés percibido. El alfa de Cronbach en investigaciones previas se considera aceptable (Campo-Arias et al., 2014).

El automanejo fue evaluado mediante el instrumento Partners In Health Scale, comprendido de 12 ítems, los cuales se dividen en 3 subescalas: Conocimientos (ítems 1,2), Adherencia (ítems 3 - 8) y Manejo de signos y síntomas (ítems 9-12). La escala de respuesta va de cero a ocho, donde de: cero a dos es “muy poco”; de tres a cinco “algo” y de “6 a 8” es mucho. Para la interpretación del resultado se considera que, a mayor puntaje, mejor automanejo. Se ha reportado una adecuada consistencia interna previamente (León et al., 2019).

Procedimiento para la recolección de los datos

Para la realización del estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, para lo cual se realizó un flyer que fue difundido a manera de invitación a la investigación en el que se incluye el enlace de acceso al cuestionario digital y los criterios de participación. Para su difusión se empleó el uso de redes sociales como Facebook, correos y WhatsApp y se solicitó la colaboración de estudiantes, compañeros, maestros de la

Facultad, familiares y conocidos para compartirlo. A través del enlace integrado en el flyer, los y las participantes pudieron tener acceso al consentimiento informado y los instrumentos para evaluar las variables de interés.

Previo al acceso a los instrumentos, el/la participante pudo dar lectura al consentimiento informado, en el que se describen las características de la investigación y al final de este se le muestran las opciones “sí, acepto” y “no acepto participar” para que pueda elegir libremente. Si la persona no acepta participar, se le re direccionará al mensaje de agradecimiento por su tiempo. En caso de aceptar, se da acceso a las preguntas de los instrumentos iniciando con la cédula de datos sociodemográficos, AMAI, seguido de la escala Partners In Health Scale, PCAT-A10, escala de actividad física, escala Duke-UNC-11, el cuestionario PHQ-9 y el cuestionario EEP10. En el formulario se integraron los datos de la persona responsable del proyecto, para atender cualquier duda de las/los participantes.

Los enlaces permanecieron habilitados hasta lograr la muestra establecida. Una vez cumplido el número de participantes el enlace se ha inhabilitado.

Consideraciones éticas

La realización de esta investigación fue apegada a lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I.

Del Artículo 13 y 14 (fracciones V-VIII), se cuidó la integridad del participante y la protección de sus derechos mediante la realización de un consentimiento informado, realizado por personas profesionales en salud con experiencia y así cuidar el bienestar del adulto. Sometiendo el estudio a revisión a Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.

Con el Artículo 16, la privacidad del individuo fue protegida, permitiéndole realizar las encuestas de forma virtual, por medio de la vía electrónica que le resulte mejor utilizar. Del Artículo 17 (fracción I), se consideró la presente investigación de riesgo mínimo, ya que el tamizaje de las variables psicosociales podría despertar diversas emociones entre los participantes, para ello se mantiene la atención en los medios de comunicación para atender inquietudes que podrían generar en el/la participante emociones o sensaciones incómodas.

Del Artículo 20, en la plataforma donde el participante pudo realizar su encuesta, se integró el consentimiento informado, así decidió si desea participar y continuar, de no ser así, tuvo la opción de no participar, por lo que no se le permite pasar a las siguientes secciones para omitir las siguientes preguntas. Con el Artículo 21 (fracciones I al VIII), se le comentó y habló un poco al participante sobre el objetivo de la realización de este estudio, explicándoles que existe un consentimiento informado al inicio de la plataforma, en la cual ellos deciden libremente si desean participar o no, buscando la confidencialidad y privacidad de este.

Análisis de datos

El análisis de la información se empleó mediante el programa SPSS versión 26.0 en español. Para el objetivo general se realizó una regresión lineal múltiple. Mientras que para dar respuesta a los objetivos específicos se empleó estadística descriptiva.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados iniciando por los datos que dan respuesta a los objetivos específicos es decir las características de los participantes, los estadísticos descriptivos de los determinantes sociales y el automanejo y se concluye con los datos inferenciales que dan respuesta al objetivo general.

Caracterización de las personas participantes

La edad media de las personas participantes fue de 45 años (DE= 14.81, mínimo=18 y máximo= 86). El promedio registrado de habitantes por vivienda fue de 3 (DE= 1.07, mínimo= 1 y máximo= 9). La frecuencia a la semana de consumo de alcohol promedia en 6.59 (DE= 3.23, mínimo=4 y máximo=20) y el promedio en años de consumo es de 15.72 (DE= 7, mínimo=5 y máximo=32). Tal como se muestra en la tabla 1, en cuanto a la ocupación, la mayor parte de participantes se encuentran laboralmente activos (57.2%, $f=79$). La participación por sexo ligeramente mayor en las mujeres (50.7%, $f=70$). El 94.9% ($f=131$) es de nacionalidad mexicana, sin embargo, todos los participantes residen en Mexicali. El mayor grado académico que alcanzaron los participantes fue de preparatoria o bachillerato con un 39.9% ($f=55$). El 75.4% de los participantes cuenta con vivienda propia ($f=104$).

Tabla 1. Presentación de datos sociodemográficos de los participantes y resultados

Variable	f	%
Ocupación		
Cuidado del hogar	45	32.6
Estudia y trabaja	11	8
Estudiante	3	2.2
Trabajo	79	57.2
$n=138$		<i>Continúa ...</i>

Continuación ...

Tabla 1. Presentación de datos sociodemográficos de los participantes y resultados

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Mujer	70	50.7
Hombre	68	49.3
Nacionalidad/Lugar de nacimiento		
Estadounidense	7	5.1
Mexicana	131	94.9
Grado académico		
Ingeniería	12	8.7
Licenciatura	29	21
Preparatoria o bachillerato	55	39.9
Primaria	4	2.9
Secundaria	38	27.5
Tipo de vivienda		
Prestada	5	3.6
Propia	104	75.4
Rentada	29	21

n=138

Descripción de los determinantes sociales de la salud

Con relación al objetivo específico número uno, se describen a continuación los determinantes analizados.

La mayoría de las personas que participaron fueron del género femenino (50.7%, *f*=70). En cuanto a los años de escolaridad se encontró una media de 13.86 años (DE= 4.09, mínimo=4 y máximo=22). Se registró que la mayoría de los participantes residen en zona urbana (93.5%, *f*=129). Se encontró que la mayoría de las personas no consumen alcohol (76.1%, *f*=105) y tabaco respectivamente (84.1%, *f*=116).

Nivel socioeconómico: Se encontró que el promedio del puntaje del AMAI fue de 152.83 (DE= 36.96, mínimo= 44 y máximo=251). Este promedio corresponde a la

categoría C que significa clase media-media. En cuanto a la frecuencia de las categorías se encontró que la más alta fue C- (29.7%, $f = 41$) que significa clase media baja. El resto de las categorías se presentan en la tabla dos.

Tabla 2. Presentación de resultados en categorías de nivel socioeconómico AMAI

Categoría	<i>f</i>	%
A/B	14	10.1
C+	34	24.6
C	34	24.6
C-	41	29.7
D+	7	5.1
D	7	5.1
E	1	.7

$n=138$

Acceso a los servicios de salud. En los resultados obtenidos, relacionado con acudir a su médico/a o centro de salud antes de ir a otro sitio cuando tuvieran un problema de salud nuevo, el 76.1% ($f = 105$) respondió que “sí, sin duda” iría allí. El 83.3% ($f = 115$) de los participantes respondió “no, en absoluto” con relación a recibir visitas de alguien de su centro de salud en caso de sentirse o ponerse enfermo/a. Respecto a aconsejarle por llamada telefónica de manera rápida en caso de no encontrar su centro de salud abierto, el 62.3% ($f = 86$) respondió “no, en absoluto”. El 42.8% ($f = 59$) refirió no contar con algún número de teléfono en caso de ponerse enfermo/a si llegase a estar cerrado su centro de salud. El 40.6% ($f = 56$) respondió que es probable que no le atienda siempre el mismo enfermero/a cuando asiste a su centro de salud. El 45.7% ($f = 63$) considera que no puede hablar con el médico/a o enfermero/a que le conozca mejor, tomando como opción la respuesta “no, en absoluto”. En referencia a si el médico/a conoce qué problemas son más importantes para el participante, el 57.2% ($f = 79$) respondió “es probable que sí”. El 58.7% ($f = 81$) refiere que sin duda, su médico/a habla habitualmente sobre cómo le ha ido en su visita. En cuanto al ítem de salud mental, el 52.9% ($f = 73$) respondió que es probable que si pueda ser

aconsejado sobre problemas relacionados como ansiedad, depresión, entre otros. El 84.8% respondió “sí, sin duda”, refiriendo recomendar a su médico/a o centro de salud a sus amigos y familiares. El promedio del puntaje de PCAT-A10 fue de 26.86 (DE= 4.54, mínimo= 13 y máximo=40).

Actividad física. En los resultados obtenidos, el 31.2% ($f = 43$) de los participantes dedican 1 a 3 horas por semana para hacer ejercicio y estirar. El 29% ($f = 40$) realiza caminata como ejercicio 1 a 3 horas por semana. En cuanto al ítem relacionado con la natación, el 99.3% ($f = 137$) refiere no tomar nada de tiempo a la semana para realizar ejercicios en el agua. El 78.3% ($f = 108$) no dedica tiempo para andar en bicicletas durante la semana, así como el 71.7%, ($f = 99$) que también refiere no dedicar tiempo a la semana para usar máquinas al realizar ejercicios. El 55.8% ($f = 77$) no realiza ningún tipo de ejercicio aeróbico. Se encontró que el promedio de puntaje en la escala de actividad física fue de 6.84 (DE= 5.39, mínimo= 0 y máximo=20).

Apoyo social. En los resultados obtenidos de la escala Duke-UNC-11, el promedio fue de 45.43 (DE= 5.93, mínimo=23 y máximo=55), predominando entre sus dos clasificaciones el apoyo social adecuado con un 97.8 % de respuesta ($f=135$).

Síntomas de depresión. Se encontró que el promedio del puntaje del cuestionario de salud del paciente PHQ-9 fue de 1.61 (DE= 2.90, mínimo= .00 y máximo=20). En cuanto a la frecuencia de la clasificación de síntomas se encontraron en mayor rango los síntomas de depresión leve (92%, $f = 127$). El resto de las clasificaciones se presentan en la tabla tres.

Tabla 3. Resultados de la clasificación de los síntomas de depresión

Clasificación de síntomas de depresión	f	%
Síntomas de depresión leve	127	92
Síntomas de depresión moderado	9	6.5
Síntomas de depresión moderado severo	1	.7
Síntomas de depresión severo	1	.7

n=138

Estrés percibido. Se obtuvo un promedio de 16.36 en el puntaje de la Escala de Estrés Percibido EEP10 (DE= 2.74, mínimo= 1 y máximo=24), lo que significa estrés medio.

Descripción del automanejo

Se encontró que el promedio del puntaje en la escala de automanejo fue de 61.55 (DE= 30.33, mínimo=19.79 y máximo=96.88). De las tres subescalas la que presenta el promedio más alto es manejo de signos y síntomas (Media= 68.79, DE= 22.17, mínimo= 12.50 y máximo= 100). En la tabla cuatro se presenta la información de las subescalas.

Tabla 4. Automanejo y subescalas

Automanejo	\bar{X}	DE	Mínimo	Máximo
Escala general	61.55	20.33	19.79	96.88
Subescalas				
-Conocimientos	66.25	23.51	12.50	100
-Adherencia	55.16	22.57	18.75	95.8
-Manejo de signos y síntomas	68.79	22.17	12.50	100

n=138

Análisis inferencial de los determinantes sociales de la salud y automanejo

Se construyó un modelo con los DSS que fueron el nivel socioeconómico, el acceso a los servicios de salud, años de escolaridad, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, apoyo social, estrés percibido y síntomas de depresión. que resultó significativo (F= 9.76, $p \leq .01$). De las variables consideradas solamente los años de escolaridad ($p \leq .01$), la

actividad física ($p \leq .05$), el apoyo social ($p \leq .05$) y el estrés percibido ($p \leq .05$) resultaron significativas (tabla 5). Estas variables explicaron solo el 36.5 % de la variación en el automanejo.

Tabla 5. Modelo de regresión lineal múltiple de los determinantes sociales de la salud y el automanejo

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig
	B	Error estándar	B	t	
(Constante)	-27.565	18.016		-1.530	.128
Nivel Socioeconómico	-.057	.042	-.107	-1.357	.177
Años de escolaridad	1.431	.403	.311	3.553	.001
Consumo de alcohol	7.276	3.837	.160	1.896	.060
Consumo de tabaco	3.768	4.265	.071	.884	.379
Acceso a los servicios de salud	-.438	.300	-.102	-1.463	.146
Actividad física	.883	.303	.244	2.916	.004
Apoyo social	.922	.253	.280	3.638	.000
Síntomas de depresión	.262	.543	.039	.484	.629
Estrés percibido	2.243	.538	.316	4.168	.000

Capítulo IV

Discusión

En relación con los resultados de automanejo, se encontró que el promedio para esta muestra fue menor que el de otros estudios realizados en diferentes estados de la frontera norte de México (León et al., 2019; Maldonado et al., 2018; Mar-García et al., 2017; Peñarrieta et al., 2015). Estos resultados demuestran que las personas podrían reconocer que tienen la enfermedad, sin embargo, no se indaga a profundidad información sobre la EC, por lo que no podrían contar con un amplio conocimiento sobre la DMT2 y todo lo que conlleva, lo que genera que se desconozcan las intervenciones a realizar para mantener un óptimo automanejo de ella (Grady & Gough, 2018).

Con relación a las tres subescalas se identificó que la más alta para estos participantes fue manejo de signos y síntomas, seguido de conocimientos y adherencia al tratamiento. Esto indica que las personas reconocen los signos y síntomas de la enfermedad y están al pendiente de ellos, conocen la enfermedad, no obstante, pueden no adherirse al tratamiento que les podría apoyar en el manejo de la enfermedad. Estos resultados contrastan con evidencia previa en la que la subescala más alta es adherencia, seguida del manejo de signos y síntomas y conocimientos (León et al., 2019; Maldonado et al., 2018; Mar-García et al., 2017; Peñarrieta et al., 2015). La baja adherencia al tratamiento es un aspecto relevante para la atención a la salud de las personas con diabetes. Según investigaciones previas, se ha identificado que la falta de adherencia puede ser influenciada por diversos factores como lo son los sociodemográficos, conceptos culturales de la EC, hacer caso omiso a las recomendaciones que el personal profesional de salud brinde a la persona con la enfermedad, entre otros. Según la presente investigación, se pueden relacionar estos aspectos con los obtenidos en los resultados de la misma, ya que se mostró

una baja adherencia al tratamiento debido a algunos aspectos sociodemográficos que fueron evaluados, ya que se pudo encontrar de igual manera el descuido que las personas tenían hacia el incumplimiento de llevar a cabo el tratamiento de manera responsable (Domínguez & Ortega, 2019; Guamán-Montero et al., 2021).

El incumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas es un grave problema y tiende a aumentar. Por ello Zuart-Alvarado et al. (2010) concluyeron que la detección sistemática de la adherencia al tratamiento farmacológico debería considerarse en el primer nivel de atención y ser implementada, pues, ayudaría a evitar las complicaciones tanto físicas, emocionales y económicas a corto y largo plazo de la diabetes o cualquier otro tipo de enfermedad crónica (Montes Martínez et al., 2021). Acorde a Mora-Romo (2022), se reconoce la necesidad de implementar intervenciones de enfermería para promover la adherencia al tratamiento, ya que se considera una pieza clave, esencial para un correcto manejo de EC como la DMT2.

En cuanto a los DSS que influyeron en el automanejo fueron los años de escolaridad, la actividad física, el apoyo social y el estrés percibido. Estos resultados son similares a los presentados por Leon-Hernandez et al. (2019), quienes identificaron que los minutos de ejercicio, años de estudio y apoyo social junto con autoeficacia, funcionalidad familiar, sintomatología de depresión y años de diagnóstico influyen en el automanejo.

En cuanto a los años de escolaridad, evidencia previa sugiere que a mayores años de escolaridad mayor es la disposición para el manejo de la enfermedad, pues mientras más niveles de escolaridad se alcancen, mayor será el rango de conocimiento sobre la EC que la persona tendrá, por lo tanto, adquirirá más información acerca de los distintos tratamientos que pudiera llevar a cabo, los síntomas y las complicaciones que pudieran generarse en caso de no llevar un adecuado automanejo de la misma. Las personas que

logran tener tanto los conocimientos como el apoyo para manejar la DM2 son más sanas que las que no tienen esa oportunidad (Morales Estrada et al., 2006; Rodríguez et al., 2020).

Acorde a Campo y Portillo (2013), se reconoce que no solo basta con tener un buen conocimiento de la enfermedad, si no, poseer las habilidades para llevar a cabo un óptimo manejo de ella, lo que podría ser posible gracias al nivel de escolaridad con el que cuentan los participantes, se espera que, a mayor nivel de escolaridad, mayor automanejo de la enfermedad.

Respecto a la actividad física se considera relevante en el tratamiento de personas con DM2, ya que puede ayudar a mantener el control óptimo de la glucosa. Para todas las edades, es importante considerar el ejercicio o actividad física, ya que ayuda a mejorar o mantener una buena salud. Así como el ejercicio de resistencia, el aeróbico también es capaz de mejorar la sensibilidad a la insulina y el consumo de la glucosa muscular y hepática, que influye de manera favorable en el control metabólico (Rodríguez, José Hernández, 2010). Por lo que, considerando los efectos de la actividad física, es importante que el personal profesional de salud genere estrategias e intervenciones para promover el ejercicio físico tanto individual como grupal en personas con DM2 (Ariza Copado et al., 2011; Z & Valencia, 2011).

En cuanto al apoyo social, investigaciones previas muestran que los pacientes que se diagnostican con alguna enfermedad crónica, requieren de una óptima funcionalidad familiar, ya que esta crea una columna esencial para apoyarlo en situaciones complejas con relación a dicha enfermedad, pues el familiar brinda apoyo tanto emocional como físicamente y se ha percibido que los pacientes con enfermedades crónicas que cuentan con elevado apoyo social tiene mayor adaptación a la enfermedad (Lagos-Méndez & Flores-Rodríguez, 2017; Maldonado et al., 2018). Autores como Montiel (2018) han identificado

que a mayores problemas relacionados con el apoyo social menor será el automanejo en personas con DMT. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran un apoyo social adecuado referido por las personas participantes, al igual que Lagos-Méndez & Flores-Rodríguez (2017) en su estudio, se muestra significancia positiva entre las variables, a lo que se refiere que, a mayor apoyo social, mayor automanejo de la enfermedad.

Respecto al estrés, evidencia previa no muestra que el estrés se relacione con el automanejo de manera significativa en personas con DMT2 de Pachuca (Montiel, 2018). Sin embargo, el estrés es considerado como una amenaza ya que pone en peligro el control glucémico y de manera general el bienestar de las personas con DMT2 sobre todo cuando presentan una percepción baja de autoeficacia para atender la enfermedad (García et al., 2020). Es necesario continuar estudiando esta asociación con la finalidad de identificar los mecanismos por los cuales el estrés podría incrementar el automanejo.

Con relación al consumo de alcohol, no se identificó evidencia previa en la que esta variable fue significativa, sin embargo, en la presente investigación, el consumo de alcohol influyó de manera negativa, ya que en los resultados obtenidos se encontró que un gran número de personas consumían alcohol, lo que puede significar que no llevan a cabo un adecuado automanejo de la EC ya que dicha acción altera el estilo o la calidad de vida. Se considera necesario seguir realizando investigación al respecto para comprender de manera amplia y concreta de qué manera el alcohol influye en el automanejo.

Conclusiones

Se encontró los DSS como los años de escolaridad, actividad física, apoyo social y estrés percibido influyen en el automanejo de la DMT2. Se considera que, a mayores años de escolaridad, mejor será la disposición de las personas para el automanejo de su

enfermedad. Por otro lado, es importante que se fomente la realización de actividad física en los individuos con DM2, ya que esta favorece a mantener el control óptimo de la glucosa, además de ayudar a mejorar o mantener la salud. Se encontró que el apoyo social, puede favorecer a que existirá una mayor adaptación a la enfermedad. Estos resultados destacan la necesidad de considerar no solo los modelos biomédicos de la enfermedad en la que quedan fuera factores que pueden influir en la mejora o manifestación de complicaciones asociadas a un mal manejo de la enfermedad. Es necesario que los profesionales de salud consideren la evaluación de los macro y microsistemas que en conjunto pueden tener repercusiones o beneficios sobre la salud de las poblaciones.

Limitaciones

Una de las limitaciones que se pudieron observar fue que la invitación a participar en el estudio llegó solamente a las personas que tuvieron acceso a las redes sociales en las que se publicó la información para ingresar a las encuestas e instrumentos elaborados, ya que solo se realizó de manera virtual y no presencial, debido a las propias limitaciones que se crearon por el periodo de pandemia, evitando el acercamiento a físico a las personas, para que no se sintieran incómodos por miedo a enfermarse, o simplemente no tener tiempo para responder las encuestas, etc.

Otra limitación fue que las personas no supieran leer o en su defecto, usar de manera adecuada o fácil las redes sociales, además del uso de aparatos electrónicos como celular, tablets, computadoras, etc. y el correcto manejo de ellos.

Recomendaciones

Profundizar en el estudio de los DSS y la DMT2, sobre todo del efecto del estrés sobre el automanejo, ya que existe un vacío en el conocimiento y podría ser un buen elemento para considerar en la atención de las personas con DMT2.

Crear métodos de difusión de mensajes sobre la importancia del correcto automanejo de enfermedades crónicas como la DMT2, ya que las personas que la padecen necesitan llevar a cabo cambios o modificaciones en su estilo de vida que podrían influir en su vida cotidiana. Orientarlos a la importancia de llevar a cabo de manera eficaz su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico para la mejora de la enfermedad y de su calidad de vida, promoviendo de esta manera el automanejo.

Referencias bibliográficas

- Alarcón-Mora, C., Hernández-Barrera, L., Argüelles-Nava, V., & Campos-Uscanga, Y. (2017). Social support and its association with diet self-care in patients with diabetes. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 23(1), 111–121. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.08>
- Alfaro. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Saludjalisco*, 1, 46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Amada Aparicio-Llanos 1, M. M.-S. 2. (2010). Determinantes del control adecuado en pacientes diabéticos, aplicación del análisis multinivel para Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 52. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022010000100005&script=sci_arttext
- AMAI. (2021). Nivel Socioeconómico AMAI 2022 - Nota Metodológica. *Comité de Nivel Socioeconómico AMAI*, 1–28. https://amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf
- Arnoldo, P., & Maritza, B. (2015). y Dra. Maritza Berenguer Gouarnaluses. 19(10), 1268–1271.
- Barceló, A., Epping-Jordan, J., Orduñez, P., Luciani, S., Agurto, I., & Tasca, R. (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas. In *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Barr, V. J., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded chronic care model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73–82.
- Bonal Ruiz, R., & Cascaret Soto, X. (2009). ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en

- enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación Self-management, self-care or self-control in chronic diseases? *Medisan*, 13(4), 0–0.
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). The psychometric performance of the perceived stress scale-10 on medical students from Bucaramanga, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 62(3), 407–413.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
- Campo Guinea, N., & Portillo, M. C. (2013). El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 489–504. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272013000300014>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scopetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Paez, A., Cabanzo-Arenas, D. F., Ribero-Marulanda, S., & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11–21.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Cerezo-Correa, M., Cifuentes-Aguirre, O., Nieto-Murillo, E. & Parra-Sánchez, J. (2012). Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios *. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 165–188.
- Dominguez, L., & Ortega, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Virtual de La Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), 63–74.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6868055>
- Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(34), 89–101.
- García, Y., Casanova, D., & Raymond, G. (2020). Estrés, apoyo social y representación de

- la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31(1), 2–24. <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v31n1/1561-2953-end-31-01-e162.pdf>
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A., & Palacio Rodríguez, S. (2015). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la promoción de la Salud [Revista On-line]* 2010 [20 de octubre de 2016]; 15(1). *Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal*, 15(1), 128–143. <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- González-Burboa, A., Vera-Calzaretta, A., Villaseca-Silva, P., & Müller-Ortiz, H. (2019). Diabetes Mellitus tipo 2: desafíos para los modelos de cuidados crónicos en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(3), 361–366. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000300361>
- González Block, M. A., Figueroa-Lara, A., Ávila Burgos, L., Balandrán-Duarte, D. A., Aracena-Genao, B., Cahuana-Hurtado, L., & Guerrero-López, C. M. (2017). Retos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2017. *Salud Pública de Mexico*, 59(2), 126–127. <https://doi.org/10.21149/8214>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2018). El automanejo de las enfermedades crónicas: Un método integral de atención. *American Journal of Public Health*, 108, S437–S444. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041S>
- Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., & Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 282–289.
- Lazcano, M., & Salazar, B. (2009). Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. *Aquichan*, 9(3), 236–245.
- León, R. C., Peñarrieta, M. I., Gutierrez, T., Banda, O., Flores, F., & Rivera, M. C. (2019). Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 128–137. <http://reddeautomanejo.com/assets/predictores-unam-2019.pdf>
- De León-Ramírez, M. I. P. C., & Piñones-Martínez, L. M. Q.-V. (2020). *Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v17n1/2395-8421-eu-17-01-5.pdf>

- Ministerio de Salud Pública de Chile. (2015). *ENFERMEDADES CRÓNICAS Directrices para la Implementación*. 64.
- Morales Estrada, M., Aragón Gómez, O., Noa Cordero, S., & Noa Aria, M. (2006). Evaluación del nivel educativo del paciente diabético en la atención primaria de salud TT - Evaluation of the educative level of the diabetic patient in primary health care. *Mediciego*, 12(supl.2).
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl2_06/articulos/a3_v12_supl206.html
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002>
- Moreno, C. E. B., Vásquez, M. B., Muvdi, Y. P. M., Sanjuán, A. R., Viloría, M. A. B., de la Rosa, W. Á. M., & Sánchez, X. M. (2020). Modifiable factors and risk of type 2 diabetes mellitus in young adults: A cross-sectional study. *Ciencia y Enfermería*, 26, 1–11. <https://doi.org/10.29393/ce26-7fmc70007>
- ONU. (2023). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://mexico.un.org/es/sdgs>
- OPS/OMS. (n.d.-a). *Diabetes*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- OPS/OMS. (2022). *Determinantes sociales de la salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Guías e Instrumentos Para Evaluar La Calidad De La Atención. *Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social*, 1, 1166.https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5–11. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>
- Padrón Santos, H. (2010). Los Determinantes Sociales , Las Desigualdades En Salud.

- Revista Cubana de Salud Pública*, 136–144.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu07211.pdf>
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70.
<https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Peñarrieta de Córdova, M. I., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F., Resendiz, E., & Chávez-Flores, E. (2019). Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de La Universidad Norbert Wiener*, 4(1), 43–56. <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.04.01.004>
- Petermann, F., Díaz-Martínez, X., Garrido-Méndez, Á., Leiva, A. M., Martínez, M. A., Salas, C., Poblete-Valderrama, F., & Celis-Morales, C. (2018). Association between type 2 diabetes and physical activity in individuals with family history of diabetes. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.008>
- Rivas V., García H., Cruz A., & Morales F. (2011). Prevalencia De Ansiedad Y Depresion En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2. Salud de Tabasco [revista en Internet] 2011 [acceso 28 de abril de 2019]; 17(2): 30-35. *Journal of Tabascot*, 17(1), 30–35.
<http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>
- Rodríguez, N. Y., Martínez Stack, J. G., Rodríguez Campuzano, M. L., & Rosales Arellano, A. (2020). Escolaridad y Entrenamiento en el Modelo de Solución de Problemas para el Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Acción Psicológica*, 17(2), 57–70. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27955>
- Rocha, K. B., Rodríguez-Sanz, M., Berra, S., Borrell, C., & Pasarín, M. I. (2021). Modified version of the PCAT-A10 tool for the evaluation of primary care. *Atención Primaria*, 53(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.004>
- Salud, O. M. de la. (2016). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?jsessionid=2302D893648F39197CFD0954D66988B9?sequence=1
- Shamah, L. T., Cuevas, N. L., Romero, M. M., Gaona, P. E. B., Gómez, A. L. M., Mendoza, A. L., Méndez, G. H. I., & Rivera, D. J. (2020). ENSANUT 2018-19.

- Resultados Nacionales. In *Instituto Nacional de Salud Pública*.
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- Silva-Tinoco, R., Cuatecontzi-Xochitiotzi, T., De La Torre-Saldaña, V., León-García, E., Serna-Alvarado, J., Guzmán-Olvera, E., Cabrera, D., Gay, J. G., & Prada, D. (n.d.). *Role of social and other determinants of health in the effect of a multicomponent integrated care strategy on type 2 diabetes mellitus*. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01188-2>
- Solórzano Segovia, J., Segovia Medina, M., Delgado Armijos, M., & Delgado Armijos, E. (2021). Determinantes sociales de salud y riesgos de padecer diabetes mellitus tipo 2. *Revista Científica Higía de La Salud*, 3(2). <https://doi.org/10.37117/higia.v1i3.469>
- Stella, L. (2012). Los Determinantes Sociales De La Salud. *Universidad y Salud*, 8(65), 69–79.
- Tafari, R., Chiesa, G., Caminati, R., & Gaspio, N. (2013). Factores de riesgo y determinantes de la salud. *Revista Salud Pública*, 17(3), 53–68. revistas.unc.edu.ar
- Valdivia Navarro, F., & Pérez Rosa, D. (2016). Sistema de soporte a las decisiones clínicas relacionadas con el diagnóstico precoz de enfermedades. *Revista Cubana de Informática Médica*, 8(3), 533–544.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592016000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Zunzunegui, Á. O., & Puime, M. V. (2011). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. In *Salud y comunidad* (First Edition). Elsevier España#241;a, S.L. <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00006-5>

Anexos

Anexo A

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Indicador empírico	Subescalas	Escala de respuesta	Tipo de variable
	Conceptual	Operacional				
Automanejo	Es considerado como aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad crónica no transmisible existente	Son las actividades relacionadas con el conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas que realizan las personas adultas con diabetes para controlar y reducir la afectación a su salud.	Partners In Health	Conocimientos (1,2) Adherencia (3 - 8) Manejo de signos y síntomas (9-12)	0 a 8	Discreta

Determinantes sociales de la salud

Variable	Definición		Indicador empírico	Subescalas	Escala de respuesta	Tipo de variable
	Conceptual	Operacional				
Años de escolaridad	Número promedio de años aprobados en instituciones de educación formal en los niveles de Educación básica, bachillerato, superior universitario, superior no universitario y postgrado	Años de estudios al momento de la investigación	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Discreta
Genero	Se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres, categorizándolo	Identificación con el constructo social masculino, femenino, entre otros	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Nominal

	s en masculino y femenino					
Lugar de residencia	Lugar donde una persona normalmente pasa los periodos diarios de descanso, sin tener en cuenta las ausencias temporales	Tipo de zona en la que residen los individuos ya sea rural o urbana	Cédula de datos sociodemográficos	-	Rural Urbano	Nominal
Consumo de tabaco	Consiste en quemar tabaco e inhalar, parte del humo que se genera por la combustión	Antecedente del consumo de tabaco	Cédula de datos sociodemográficos	-	Si No	Ordinal
Consumo de alcohol	Se define como bebedor a la persona que consume bebidas alcohólicas constantemente o por lo menos una vez a la semana durante el año	Frecuencia con la que una persona bebe alcohol al momento de la investigación	Cédula de datos sociodemográficos	-	Si No	Ordinal
Nivel socioeconómico	Se entiende por la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país	Estatus socioeconómico del individuo durante la investigación, para conocer quiénes son las personas que	AMAI	-	Se asignarán los puntos correspondientes a cada opción de respuesta, puntajes que al final se sumarán. Dicha suma será	Ordinal

		generan ingresos económicos al hogar y su preparación académica, algunos aspectos estructurales del hogar(baños y cuartos), acceso a internet, transporte con el que cuentan			contrastada con los siguientes puntos de corte para asignar el respectivo hogar a su nivel socioeconómico correspondiente A/B = 202+ C+ = 168 a 201 C = 141 a 167 C- = 116 a 140 D+ = 95 a 115 D = 48 a 94 E = 0 a 47	
Acceso a los servicios de salud	Se trata de la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere, es decir, disponibilidad de recursos y la prestación o calidad adecuada	Conocer si la persona cuenta con la disponibilidad de acceder a su institución de prestación sanitaria establecida, si cuentan con servicios médicos de primer contacto, de continuidad, de coordinación, de globalidad y de competencia cultural	<u>PCAT-A10 Primary Care Assessment Tool</u>	Primer contacto Continuidad de la atención Coordinación de la atención Globalidad de la atención Competencia cultural	Las respuestas se mostrarán en escala Likert 1= No, en absoluto 2= Es probable que no 3= Es probable que si 4= Si, sin duda 5= No lo sé	Ordinal

Actividad física	Se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía	Hace referencia al movimiento corporal que realiza un el participante durante su vida cotidiana	Escala de Comportamiento de ejercicio	-	Muestra cinco opciones de respuesta clasificándose de cero a cuatro. Para obtener el resultado se califica sumando el total de ítems	Discretas
Apoyo social	Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas (familia, amigos, situación marital o pertenencia a grupo de pares) a la que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver problemas o situaciones planteadas	Se refiere a conocer si el individuo cuenta con apoyo social confidencial, por el cual las personas pueden compartir sus preocupaciones o problemas y/o el apoyo social afectivo, a través de expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.	Duke-UNC-11	Apoyo social confidencial Apoyo social afectivo	Escala Likert 1. Mucho menos de lo que deseo 2. Menos de lo que deseo 3. Ni mucho ni poco 4. Casi como deseo 5. Tanto como lo deseo	Ordinal
Síntomas de depresión	La depresión enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por	Representa la frecuencia con la que una persona percibe síntomas de depresión en	PHQ-9	-	Escala de tipo adjetival -Nada en absoluto -Varios días	Ordinal

	la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas	las últimas dos semanas.			-Más de la mitad de los días -Casi todos los días	
Estrés	Es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso	Se trata de la frecuencia con la que se presentan eventos que pueden percibirse como estresantes en las situaciones de la vida cotidiana	Escala de estrés percibido (EEP-10)	-	Escala tipo Likert Nunca Casi nunca De vez en cuando Muchas veces Siempre Que se clasifican de cero a cuatro, pues a mayor puntuación mayor estrés percibido	Ordinal
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Años de vida de la persona en el momento de la investigación	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Discreta

Nivel educativo (grados académicos)	Serie de programas educativos agrupados en relación a una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias de cada uno de ellos	Grados de estudios al momento de la investigación	Cédula de datos sociodemográficos	-	Sin estudios Primaria Secundaria Preparatoria Universidad	nominal
Ocupación	Es toda aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura	Actividad diaria o trabajo que realiza el individuo para su sustento	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Nominal
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Característica que define al ser humano como hombre o mujer durante la investigación	Cédula de datos sociodemográficos	-	Hombre Mujer	Nominal
Vivienda propia o rentada	Es aquel espacio físico, generalmente un edificio, cuya principal razón de ser será ofrecer refugio y descanso	Propiedad, renta o préstamo del lugar o espacio en el que habitan los participantes	Cédula de datos sociodemográficos	-	Propia Rentada	Nominal

Habitantes en la vivienda	Son las personas que viven normalmente en el hogar	Número de personas que habitan la casa junto con el participante	Cédula de datos sociodemográfica	-	-	Discreta
Nacionalidad / lugar de nacimiento	Es el estado al que pertenece una persona que ha nacido en una nación determinada o ha sido naturalizada	Estado al que pertenece la persona al momento de su nacimiento	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Nominal
Frecuencia a la semana	Hace referencia a la magnitud con la que una persona repite consumir tabaco durante los días de la semana	Número de tabacos a la semana	Cédula de datos sociodemográfica	-	-	Discreta
Años de consumo	Tiempo que la persona estuvo consumiendo o ha consumido tabaco a lo largo de su vida	Años que la persona ha consumido tabaco o consumió	Cédula de datos sociodemográfica	-	-	Discreta
Frecuencia a la semana	Se refiere a la magnitud con la que una persona repite consumir bebidas alcohólicas	Número de bebidas alcohólicas consumidas a la semana	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Discreta
Años de consumo	Tiempo que la persona estuvo consumiendo o	Años que la persona lleva consumiendo	Cédula de datos sociodemográficos	-	-	Discreta

	ha consumido alcohol	bebidas alcohólicas o ha consumido				
--	----------------------	------------------------------------	--	--	--	--

Anexo B**Cedula de datos sociodemográficos**

Edad

Nivel educativo

Años de escolaridad

Ocupación

Sexo

Género

Vivienda

Número de habitantes en la vivienda

Lugar de residencia

Nacionalidad o lugar de nacimiento

Consumo y frecuencia tabaco

Años de consumo de tabaco

Consumo y frecuencia de alcohol

Años de consumo de alcohol

Anexo C

AMAI para medir nivel socioeconómico

VARIABLE	RESPUESTA	PUNTOS
¿Cuántos baños completos hay en su casa?	0	0
	1	24
	2 o más	47
¿Cuál es el número de dormitorios en su casa?	0	0
	1	6
	2	12
	3	17
	4 o más	23
¿Cuál es el número de personas que trabajan en su casa?	0	0
	1	15
	2	31
	3	46
	4 o más	61
¿Cuántos autos tiene en su casa?	0	0
	1	18
	2 o más	37
¿Tiene internet en su casa?	No tiene	0
	Si tiene	31
¿Cuál es la escolaridad del jefe del hogar?	No estudió	0
	Primaria incompleta	10
	Primaria completa	22
	Secundaria incompleta	23
	Secundaria completa	31
	Carrera comercial	35
	Carrera técnica	35
	Preparatoria incompleta	35
	Preparatoria completa	43
	Licenciatura incompleta	59
	Licenciatura completa	73
	Diplomado o maestría	101
Doctorado	101	
Máximo total	300	

Puntos de corte de AMAI por NSE

NIVEL	PUNTOS DE CORTE
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

Anexo D

Medición de automanejo por Partners in Health Scale

	Muy poco	Algo	Mucho
1. En general, lo que conozco acerca de mi condición de salud es:			
2. En general, lo que conozco acerca del tratamiento, incluyendo medicamentos, en mi condición de salud es:			
3. Tomo las medicinas y los cuidados indicados por mi doctor o el trabajador de salud			
4. Comunico las decisiones tomadas relacionadas con mi salud a mi médico o trabajador de salud			
5. Soy capaz de enfrentar al profesional de salud para obtener los servicios que necesito acorde con mi cultura, valores y creencias			
6. Yo asisto a las citas hechas por mi doctor o trabajador de salud			
7. Me mantengo al tanto de mis síntomas y signos de alerta temprana			
8. Yo tomo medidas cuando mis primeras señales de advertencia y los síntomas empeoran			
9. Puedo gestionar el efecto de mi estado de salud en mi actividad física			
10. Puedo gestionar el efecto de mi estado de salud de cómo me siento			
11. Puedo gestionar el efecto de mi estado de salud en mi vida social			
12. En general, me las arreglo para vivir una vida sana			

Anexo E

PCAT-A10 para medir el acceso a los servicios de salud

0 No lo sabe	1 No, absolutamente	2 Es probable que no	3 Es probable que si	4 Si, sin duda
--------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------

Primer contacto

1. Cuándo tiene usted un nuevo problema de salud, ¿va a su médico/a o centro antes de ir a otros sitios?					
2. Cuando su centro está abierto y se pone usted enfermo/a ¿le visita alguien de allí el mismo día?					
3. Cuando su centro está abierto, ¿puede aconsejarle rápidamente por teléfono si es preciso?					
4. Cuando su centro está cerrado, ¿hay algún número de teléfono al que pueda llamar si se pone enfermo/a?					

Continuidad de la atención

5. Cuando va a su centro, ¿le atiende siempre el mismo médico/a o enfermero/a?					
6. Si tiene alguna pregunta, ¿puede usted hablar por teléfono con el médico/a o enfermero/a que le conoce mejor?					
7. ¿Sabe su médico/a qué problemas son más importantes para usted?					

Coordinación de la atención

8. Después de acudir al especialista, ¿su médico/a habla habitualmente con usted sobre cómo ha ido la visita?					
--	--	--	--	--	--

Globalidad de la atención

9. En su centro de salud, ¿puede ser aconsejado sobre problemas de salud mental (por ejemplo, ansiedad, depresión)?					
--	--	--	--	--	--

Competencia cultural

10. ¿Recomendaría su médico/a o centro a un amigo o familiar?					
--	--	--	--	--	--

Anexo F

Escala de actividades físicas

	0 Ninguno	1 Menos de 30 minutos por semana	2 30-60 minutos por semana	3 1-3 horas por semana	4 Más de 3 horas por semana
1. Hacer ejercicio y estirar					
2. Caminar como ejercicio					
3. Nadar o hacer ejercicios en el agua					
4. Andar en bicicleta (incluyendo bicicletas estacionarias)					
5. Usar máquinas para ejercicios (como escaleras, remar, etc.,)					
6. Hacer otro ejercicio aeróbico (especifique):					

Anexo G

Escala Duke-UNC-11 para valorar el apoyo social

<u>INSTRUCCIONES PARA EL PARTICIPANTE:</u> En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho, ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Anexo H

Cuestionario PHQ-9 para medir la depresión

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han afectado alguno de los siguientes problemas? (Use ✓ para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer para hacer las cosas				
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas				
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Mal apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal sobre sí mismo (o que es un fracaso o se ha decepcionado usted o a su familia)				
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas puede haberlo notado. O lo contrario, sentirse tan nervioso e inquieto que ha estado moviéndose más de lo usual				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a usted mismo de alguna manera				

Anexo I

Escala EEP10 para medir el Estrés Percibido

Durante el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4