



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 61
VERACRUZ, VER.

FACTORES ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO
DE LA SALUD EN DIABETICOS TIPO 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER:
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
MARIA BIBIANA AMADOR DIAZ

H. VERACRUZ, VER.

2005

m344020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**FACTORES ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO
DE LA SALUD EN DIABÉTICOS TIPO 2**



I. M. S. S.
SERVICIO MEDICO E INVEST.
C.M.F. No.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
MARIA BIBIANA AMADOR DIAZ**

AUTORIZACIONES:
DRA. ANA SILVIA SABIDO SIGLHER
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61, VERACRUZ, VER.

**DR. FELIX GUILLERMO
MARQUEZ CELEDONIO**
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
COORDINADOR MEDICO DE CONSULTA EXTERNA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61. VERACRUZ, VER.

DR. FELIX GUILLERMO MARQUEZ CELEDONIO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS:
COORDINADOR MEDICO DE CONSULTA EXTERNA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61. VERACRUZ, VER.

DRA. MARIA CRISTINA SABIDO SIGLHER.
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 61. VERACRUZ, VER.

VERACRUZ, VER. 2005.



**FACTORES ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO
DE LA SALUD EN DIABETICOS TIPO 2**

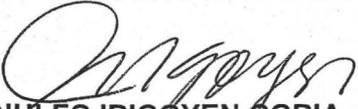
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

MARIA BIBIANA AMADOR DIAZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

FACTORES ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO

DE LA SALUD EN DIABÉTICOS TIPO 2

INDICE

Marco Teórico.....	1
Planteamiento Del Problema.....	4
Justificación.....	5
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Resultados	10
Discusión.....	18
Conclusiones.....	20
Referencias Bibliográficas.....	21
Anexos.....	23

MARCO TEORICO.

El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanza el mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado, especialmente cuando existe un problema de salud. ¹

Es importante tomar en cuenta que el bienestar también está supeditado a las interacciones que el individuo tiene con otras personas así como la vivencia del proceso de envejecimiento, como un fenómeno individual. El sentido del bienestar conlleva a la persona a vivir con calidad²

En la actualidad nadie pondría en duda que la Diabetes es una de las principales causas de morbi-mortalidad en las sociedades desarrolladas. Las estimaciones recientes indican que está alcanzando rápidamente las proporciones de una epidemia, esperándose para el año 2010 que la cifra de diabéticos se dobles hasta 220 millones.

La prevalencia estimada en nuestro país es de 6.1 a 8.1% de la población mayor de 20 años, aunque aumente en relación con la edad por lo que es del 10 a al 15% en los mayores de 65 años y del 20% en mayores de 80 años, siendo el 90% de los casos Diabetes tipo 2. ⁵

Constituye un problema de salud pública en México, la prevalencia en el norte del país es de 9% en poblaciones urbanas y de 3.2% en las rurales. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan ⁶ El principal problema es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas relacionadas con el grado de control metabólico.

En un estudio sobre la continuidad en la calidad de cuidados en diabéticos tipo 2 se concluyó que la continuidad de cuidados esta asociado con la calidad de la atención recibida en diabéticos 2. La continuidad de cuidados puede influir en proveer conductas hacia caminos que mejoran su calidad. En investigación más profunda la continuidad contribuye a la mejora de la calidad que es necesitada. ⁷

Un estudio emprendido para evaluar la calidad de vida en pacientes diabéticos 1 y 2 concluyó que hay una diferencia significativa en como perciben el efecto que tiene la Diabetes Mellitus en la calidad de vida. ⁸

Toda la información acumulada señala que presencia de una susceptibilidad genética para la enfermedad, los detonadores más importantes para la diabetes son la obesidad y la vida sedentaria, ya que todos los estudios disponibles coinciden en señalar que reducir la obesidad y aumentar la actividad física resultan en una disminución significativa del riesgo de tener diabetes.

Para que una enfermedad se convierta en objeto de un programa de prevención del sistema de salud de un país, se debe considerar un problema de salud pública, debido a la morbimortalidad que de ella derivan, así como a la

proporción de la población que está siendo afectada y a la que potencialmente se podrá afectar. Sin duda alguna, la DM cubre tales requisitos. Aun cuando existe evidencia de que algunos factores actúan de manera independiente en el desarrollo de la diabetes. La hiperglucemia predice mejor la presencia de diabetes; no obstante cuando se presentan en conjunto con niveles plasmáticos altos de glucosa, estos factores pronostican mejor una Diabetes futura que la hiperglucemia plasmática sola.⁹

Con el presente estudio se pretende analizar la problemática actual y difundir los beneficios que aporta el autocuidado para un óptimo control metabólico y así evitar o retardar las complicaciones propias de la patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El autocuidado es definido como un conjunto de actos inherentes a la condición humana (cuidar, cuidarse y ser cuidado) y se encuentran estrechamente relacionados con el mantenimiento y desarrollo de la vida.

En la manera en que sean ejercidas las prácticas de autocuidado, impacta poderosamente sobre los indicadores de salud de una sociedad.

Dado que el autocuidado forma parte del tratamiento de la DM2, toma un carácter importantísimo para llevar a cabo el esquema terapéutico correcto, y para ello debemos estudiar el impacto de los diversos factores que se interrelacionan con el autocuidado y que podrían hacer que este varíe en su presentación personal. Entre ellos tenemos los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos.

¿Qué factores socioeconómicos, culturales y psicológicos influyen en el autocuidado de la salud en Diabéticos tipo 2?

JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus tipo 2 es la enfermedad metabólica más frecuente en el mundo; en la República Mexicana afecta al 7% aproximadamente de la población. Las alteraciones metabólicas secundarias a la hiperglicemia sostenida, añadidas a su estrecha asociación con obesidad central, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, desencadenan un exceso de morbimortalidad principalmente por alteraciones micro-macrovasculares y neuropatía.

Debido a que existe una aparente asociación de la Diabetes M. tipo 2 con condiciones socioeconómicas, es relativamente predecible que la actual explosión de casos nuevos continuará en el futuro a paso acelerado por lo que entender su fisiopatología resulta importante especialmente para diseñar estrategias de prevención.

Al igual que en los países industrializados la Diabetes M. en México, es la causa más frecuente de ceguera, de amputaciones no debidas a traumatismo y de insuficiencia renal crónica terminal. Los gastos para el mantenimiento de programas para diálisis peritoneal ambulatoria consumen la mayor parte del presupuesto para la salud en las instituciones de Seguridad Social en el país.

Esto reafirma la enorme importancia que se tiene no solo en la atención temprana de la enfermedad sino en incrementar los esfuerzos que nos permitan intentar su prevención.

No cabe duda que la prevención primaria de la enfermedad esta tomando cada vez más interés por varios grupos e instituciones a nivel mundial como son la OMS y la Asociación americana de diabetes. Es nuestra responsabilidad seguir avanzando en el conocimiento cada vez más amplio y profundo para poder aplicar tácticas y estrategias con mayor trascendencia que permitan obtener como resultado a corto plazo la disminución en su presentación o incluso en su erradicación.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos que influyen en el autocuidado de la salud en los Diabéticos tipo 2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar la proporción con que se presentan los factores socioeconómicos (tipo de familia, nivel socioeconómico, ocupación y estado civil).

Determinar la proporción con que se presentan los factores culturales (escolaridad, religión y patrón de alimentación familiar).

Determinar la proporción con que se presentan los factores psicológicos (importancia a la enfermedad, perfil de ansiedad y reacción al estrés).

Efectuar análisis comparativos de las diferencias en la proporción de los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos en cada uno de los grupos.

METODOLOGIA

Será un estudio comparativo, retrospectivo, transversal, observacional y analítico.

Mediante la adaptación de un cuestionario, realizado en la Unidad de Medicina Familiar no. 68 del I.M.S.S. en Veracruz, Norte, entre el 1º de Marzo y el 31 de Julio de 2004, con un universo de pacientes diabéticos tipo 2 de 2600.

Siendo el tamaño de la muestra 200 paciente, este valor se estimó aceptando un error tipo 1 de 0.05 y tipo 2 de 0.90. Efectuando un muestreo aleatorio.

Grupo de estudio:

Con autocuidado N=125

Sin autocuidado N=75.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Diabéticos tipo 2, sin límite en el tiempo de evolución.

Sexo femenino o masculino.

Adscritos a un sistema de seguridad social (I.M.S.S.).

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Diabéticos tipo 2 con insuficiencia renal grado II-III.

Diabéticos tipo 2 con retinopatía diabética proliferativa con compromiso de la visión.

Diabéticos tipo 2 con amputaciones en extremidades inferiores.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que no respondan en forma completa el cuestionario.

Para los efectos de este estudio se considero la variable dependiente autocuidado si y autocuidado no, tomando en cuenta las siguientes acciones: a) atención de nutrición, 2) tratamiento dietético, 3) realización de ejercicio regularmente, 4) seguimiento de indicaciones farmacológicas, 5) revisión de pies regularmente, 6) asistencia a pláticas, 7) asistencia a citas. Con menos de 5 acciones se interpreto como no autocuidado y mas de 5 como si autocuidado. Asi mismo se analizaron otras variables como las características demográficas , factores socioeconómicos, religión, funcionalidad e integración familiar y aspectos psicológicos que fueron validados por la prueba psicológica IDARE, SXR, SXE.

Los datos se procesaron en graficas, tablas y los resultados fueron analizados con estadística descriptiva, se utilizo chi cuadrada.

El procedimiento para captar la información fue por medio de un cuestionario.(Anexo 1)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio es observacional y no implica riesgo para el paciente, sin embargo se observan las recomendaciones de la Convención de Helsinki de 1954 respecto al consentimiento informado..

RESULTADOS

En el análisis de los factores demográficos, edad y estado civil, no se encontró diferencia significativa ($P < 0.05$) entre los grupos con autocuidado y sin autocuidado. La media de edad fue de 61.61 y 61.23 con una desviación estándar de -1 respectivamente, la mayoría de los pacientes en ambos grupos son casados sin existir diferencias entre solteros, viudos y unión libre, representado en el cuadro 1.

Con respecto a los factores económicos estudiados no se encontró diferencia significativa en el nivel socioeconómico, en el grupo con autocuidado el porcentaje fue de 83.2% (bajo), 6.4% (medio) y 10.4% (alto) y sin autocuidado fue de 86.6% (bajo), 8% (medio) y 5.3% (alto). En cuanto al tipo de vivienda la gran mayoría habitan en viviendas populares, reflejando la ocupación predominante en el hogar y pensionados en ambos grupos, no habiendo diferencia entre oficios, empleados y desempleados, observándose en el cuadro 2.

Al analizar los factores socioculturales se vio predominio de religión católica en uno y otro grupo, sin haber significancia estadística, en el tipo de familia impero la nuclear en ambos grupos (64.8% y 60%) que resalto integridad familiar con un 88% con autocuidado y 74% sin autocuidado, sin haber diferencia entre integridad y desintegridad familiar en los dos grupos, esquematizado en el cuadro 3.

Al revisar los factores psicológicos en los dos grupos impero la ansiedad (47.2% y 51.6%) en relación con la depresión y el estado normal, no encontrándose diferencia significativa, como se mira en el cuadro 4.

Lo mas relevante en los factores del padecimiento surgió únicamente significancia en la glucemia de ayuno, con autocuidado (170.99 y desviación estándar 61.27),

sin auticuidado (202.19 y desviación estándar 80.54), sin existir diferencia significativa entre la edad al momento del diagnóstico y el tiempo de evolución de la misma patología, representado en la grafica 1-3.

Cuadro 1.- FACTORES DEMOGRAFICOS

FACTORES	CON AUTOCUIDADO 125	SIN AUTOCUIDADO 75	VALOR DE P. <0.05
<i>EDAD</i>	61.51 (±)10.63	61.23 (±)10.35	N.S.
<i>ESTADO CIVIL</i>			
- SOLTERO	11.2%	12%	N.S.
- CASADO	53.6%	60%	
- VIUDO	27.2%	21.3%	
- UNION LIBRE	8.0%	6.6%	

N.S.= No significativa 100%

100%

(±)= Desviación Estándar

Cuadro 2.- FACTORES ECONOMICOS

FACTORES	CON AUTOCUIDADO 125	SIN AUTOCUIDADO 75	VALOR DE P. <0.05
<i>NIVEL SOCIOECONOMICO</i>			
-BAJO	83.2%	86.6%	N.S
-MEDIO	6.4%	8%	
-ALTO	10.4%	5.3%	
<i>TIPO DE VIVIENDA</i>			
-POPULAR	72.8%	68%	N.S.
-INTERES SOCIAL	16%	20%	
-RESIDENCIAL	11.2%	12%	
<i>OCUPACION</i>			
-LABORES DEL HOGAR	58.4%	54.6%	N.S.
-PENSIONADO Y DESEMPLEADO	19.2%	16%	
-OFICIO	14.4%	20%	
-EMPLEADO	8%	9.3%	

N.S.= No significativa

Cuadro 3.- FACTORES SOCIOCULTURALES

FACTORES	CON AUTOCUIDADO 125	SIN AUTOCUIDADO 75	VALOR DE P. <0.05
<i>RELIGION</i>			
-CATOLICA	88%	92%	N.S.
-OTROS	12%	8%	
<i>TIPO DE FAMILIA</i>			
-NUCLEAR			N.S
-EXTENSA	64.8%	60%	
-COMPUESTA	27.2%	29.3%	
	8%	10.6%	
<i>INTEGRACION FAMILIAR</i>			
-INTEGRADA	88%	74.6%	N.S
-SEMIINTEGRADA	8.8%	18.6%	
- DESINTEGRADA	3.2%	6.6%	

N.S.= No significativa

Cuadro 4.- FACTORES PSICOLOGICOS

FACTORES	CON AUTOCUIDADO 125	SIN AUTOCUIDADO 75	VALOR DE P. <0.05
<i>PSICOLOGICOS</i>			
- ANSIEDAD	44.7%	54.6%	N.S.
- DEPRESION	28.8%	29.3%	
- NORMAL	24%	16%	

N.S.= No significativa

Figura 1. Glucemia en ayunas en los pacientes diabéticos tipo 2 con y sin autocuidado

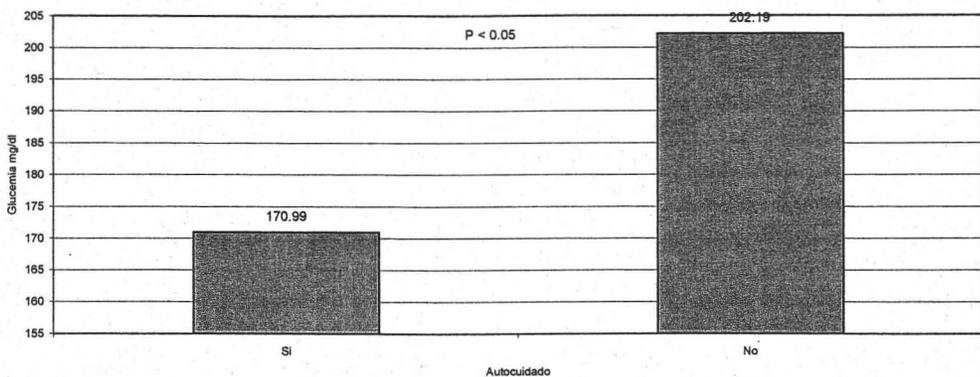


Figura 2. Edad al momento del diagnóstico en pacientes diabéticos tipo 2 con y sin autocuidado

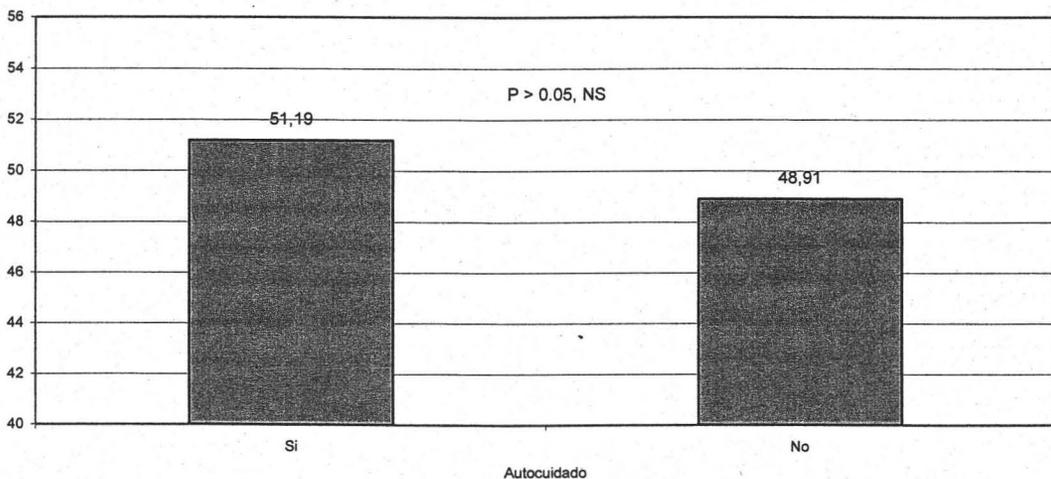
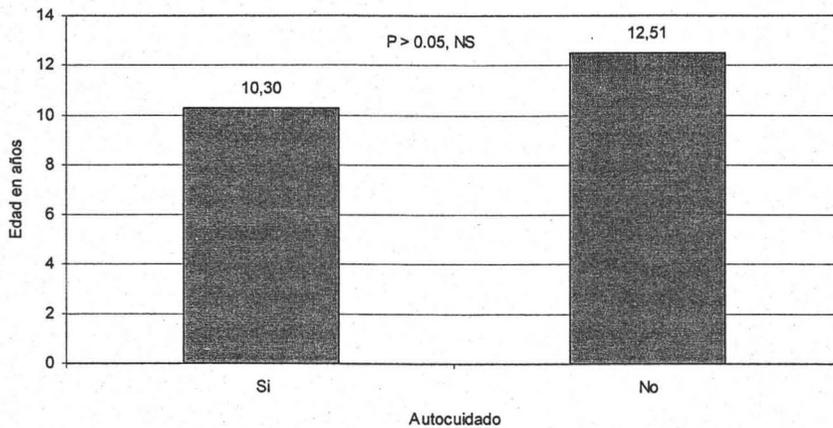


Figura 3. Tiempo de evolución entre los pacientes diabéticos tipo 2 con y sin autocuidado



DISCUSION

El perfil de salud de la población derechohabiente del I.M.S.S. está marcado por la preeminencia de la Diabetes Mellitus entre otras como causa principal de muerte.

El promedio de edad de los pacientes estudiados pone de manifiesto el impacto que esta enfermedad tiene en la población económicamente activa, con las implicaciones sociales y financieras que ello significó.¹¹ Dado que en esta población la edad en años al diagnóstico fue un (90%) entre 40 y 50 años de edad, con 90% de más de 8 años de evolución con enfermedad, lo que incrementa el riesgo de complicaciones propias de esta entidad clínica.

Las características sociodemográficas como el nivel educativo bajo, la edad mayor de 40 años y el tiempo de evolución de la enfermedad (más de 8 años) son factores de riesgo asociados. Es evidente que la educación para la salud desempeña un papel fundamental en las enfermedades, ya que posibilita un mejor control de las mismas, con la participación decidida de los pacientes.¹¹

Se sabe que los pacientes no siempre siguen las recomendaciones a las medidas preventivas, en algunas ocasiones debido a la falta de información en relación con el riesgo que significa la enfermedad. En consecuencia la contribución del equipo de salud para mejorar el control de la DM, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial sobre el núcleo familiar del paciente.¹¹

Cada enfermo tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida.¹⁵ Al analizar la integración familiar en este estudio se encontró que la familia integrada influye en el autocuidado, el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia es determinante en el aspecto conductual, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

Respecto al área psicosocial el deterioro se ve traducido en los aspectos emocionales tales como ansiedad y depresión ya que la mayoría mostró gran ansiedad y depresión ante el avance de la enfermedad. Los resultados de este estudio concuerdan con los trabajos de Guerrero y de los Ríos,¹⁰ revelando en los pacientes efectos psicológicos importantes que afectan la calidad de vida, la alteración emocional esta en relación con la evolución de la cronicidad de la diabetes.

CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que la relación autocuidado si y autocuidado no, con la glucemia en ayunas en los pacientes diabéticos tipo 2 es relevante al final en el control del nivel de la glicemia, notando una diferencia importante de 30mg/dl en nuestros encuestados que no es despreciable para el médico al tratar de proponer el mejor tratamiento para mantener los niveles de glicemia en rangos aceptables. Además nos arrojó datos con los cuales podemos determinar que no hubo relación significativa con los factores que se vincularon al autocuidado en nuestro trabajo, ya que existen otros factores como los genéticos, ambientales, etc., que tal vez influyan pero ese seria otro tema de investigación. Es por ello que se sugiere un enfoque preventivo, de control poblacional de largo alcance, por múltiples fuentes y medios, permanente, preventivo y prioritario. En es este sentido los programas de atención integral a la salud (PREVENIMSS), responden a las iniciativas de detección oportuna de ésta nosología incorporandolos a grupos de autoayuda a individuos en riesgo.

REFERENCIAS

BILIOGRAFICAS

1. Mendez, E. Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en hogares para ancianos. Rev. Anales en Gerontologia 1999. 1 (1)31-43.
- 2.- Aguirre G. Cultura, enseñanza y nutrición .Rev. Cuadernos de nutrición 1989. 12 (6)3-9.
- 3.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la prevención y control de la Diabetes M. Guía técnica de prescripción de actividad física 1999 8-9 11-15.
- 4.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la prevención y control de la Diabetes M. Guía técnica para la detección de la Diabetes M. 1999 26-27.
- 5.- King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of Diabetes 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. Diabetes Care 1998;21:1414-1421.
- 6.- Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Tabaei MM, Kaplan RM, Herman WH. Valuing health-related quality of life in diabetes. Diabetes Care 2002 Dec;25(12):2238.
- 7.- MID:12160500 Med Sci Monit 2002 Aug;8(8):CR 543-8.
- 8.- Landy J, Stein J, Brown MM, Brown GC, Sharma S. PMID: 12155739 Comment in J.

9.- Thompson PLM. Diabetes PDR Guía de tratamiento. Actualización en diabetes.

2004:67-69

10.-De los Rios Castillo. Et.al. Rev. Med. IMSS. 2004;42(2).109

11.-Mendez Lopez Et al. Rev.Med. IMSS.2004 : 42 ; (4).281

12.- Zuñiga Gonzalez S, Islas Andrade S. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. Rev. Med. IMSS. 2000;38(3):187-191

13.- Escobedo- De la Peña J, Rico-Verdin R. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes en México, Salud pública Mex. 1996;38(4):236-242..

14.- Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología, Asociación de medicina interna de México. Sociedad de nutriología. Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. Rev. Invest: Clin 2000;52(3):325-363.

15.-Marquez E.Ensayo sobre la eficiencia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la Hipertensión Arterial Sistemica.Atención primaria 1998;21(4):199-203.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ DOMICILIO _____
N° SEG.SOC. _____
U.M.F. N° _____ EDAD _____

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

DIABÉTICO TIPO 2 SI NO
FECHA DE DIAGNOSTICO _____ EDAD AL DIAGNOSTICO _____
TIEMPO DE EVOLUCION _____

GLUCEMIA ACTUAL _____ CONTROL: OPTIMO: < 120
ACCEPTABLE 120 A 140
COMPLICACIONES SI NO CUAL? MALO: >140

FACTORES SOCIOECONOMICOS

INGRESOS \$ _____ NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO MEDIO ALTO
TIPO DE VIVIENDA: POPULAR INTERES SOCIAL RESIDENCIAL
OCUPACIÓN _____ OFICIOS _____ EMPLEADO _____
PROFESIONISTA _____ DESEMPLEADO _____

FACTORES CULTURALES

GRADOS DE ESTUDIOS: PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ BACHILLE
RATO _____ LICENCIATURA _____ OTROS _____
RELIGIÓN _____
EDO. CIVIL: SOLTERO _____ CASADO _____ VIUDO _____ DIVORCIADO _____
UNION LIBRE _____

TIPOLOGIA FAMILIAR:

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR _____ EXTENSA _____ COMPUESTA _____
GRADO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR: INTEGRADA _____ SEMIINTEGRADA _____
DESINTEGRADA _____

FACTORES PSICOLÓGICOS:

RESULTADO DEL CUESTIONARIO CLINICO 20-35 NORMAL
DIAGNOSTICO DEL SX. DEPRESIVO. PUNTAJE: 36-45 REACCION ANSIEDAD
RESULTADO DEL IDARE SXR SXE 66-80 DEPRESION SEVERA

VARIABLE DEPENDIENTE: AUTOCUIDADO

ATENCIÓN DE NUTRICION	SI	NO
SIGUE EL TRATAMIENTO DIETETICO	SI	NO
REALIZA EJERCICIOS REGULARMENTE	SI	NO
SIGUE INDICACIONES FARMACOLOGICAS	SI	NO
SE REVISIA PIES REGULARMENTE	SI	NO
ACUDE A PLATICAS	SI	NO
ACUDE A CITAS	SI	NO

IDARE
INVENTARIO DE AUTOEVALUACION
POR

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L.Natalicio Y R. Díaz-Guerrero

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el circulo numerado que indique como se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1. Me siento calmado (a).....
2. Me siento seguro (a).....
3. Estoy tenso.
(a).....
4. Estoy contrariado. (a).....
5. Estoy a gusto. (a).....
6. Me siento alterado. (a).....
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo.....
8. Me siento descansado. (a).....
9. Me siento ansioso. (a).....
10. Me siento cómodo. (a).....
11. Me siento con confianza en mi mismo. (a).....
12. Me siento nervioso. (a).....
13. Me siento agitado. (a).....
14. Me siento "a punto de explotar".....
15. Me siento reposado. (a).....
16. Me siento satisfecho. (a).....
17. Estoy preocupado. (a).....
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido. (a).....
19. Me siento alegre.....
20. Me siento bien.....

NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

