



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

***“FACTORES PSICOLÓGICOS: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F No. 28”***

T E S I S

QUE REALIZO PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. NUBIA FABIOLA MONJE TENORIO

Dra. Silvia Landgrave Ibáñez

ASESOR CLÍNICO Y EXPERIMENTAL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Ernesto Romero Hernández

DIRECTOR CLINICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28 GABRIEL MANCERA

Dr. Jafet Felipe Méndez López

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA, DELEGACIÓN SUR

No. REGISTRO: R-2011-3609-35

MÉXICO D.F AGOSTO 2011

***“FACTORES PSICOLÓGICOS: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F No. 28”***

ASESOR DE TESIS:

Dra. Silvia Landgrave Ibáñez

Médico Familiar

Dpto. Medicina Familiar UNAM

AGRADECIMIENTOS

DIOS

Gracias a ti he podido realizar otra de mis metas en mi vida al lado de mi familia.

A MI FAMILIA

Quienes me han apoyado en forma incondicional durante esta etapa, este esfuerzo también ha sido de ustedes.

RECONOCIMIENTOS

DRA, SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ

A usted, quien ha apoyado esta labor en forma incondicional y humilde.

DR. JAFET FELIPE MENDÉZ LÓPEZ

Por haber dedicado su ocupado tiempo, siempre con disposición.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

Agradecer no es suficiente, gracias por su tolerancia y perseverancia para conmigo

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN..... | 8 |
| RESUMEN..... | 9 |
| 1. MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| 1.1 ANTECEDENTES | 10 |
| 1.1.1 DEFINICIÓN DE DIABETES | 10 |
| 1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA | 10 |
| 1.1.3 FISIOPATOLOGÍA Y COMPLICACIONES | 11 |
| 1.1.4 CLASIFICACIÓN | 12 |
| 1.1.5 TRATAMIENTO | 12 |
| 1.1.6 ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS | 14 |
| 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 18 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 18 |
| 1.4 OBJETIVOS | 19 |
| 1.5 HIPÓTESIS | 19 |
| 2. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 19 |
| 2.1 TIPO DE ESTUDIO | 19 |
| 2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO | 20 |
| 2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO | 21 |
| 2.4 MUESTRA | 21 |
| 2.5 CRITERIOS | 21 |
| 2.6 VARIABLES | 21 |
| 2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO | 23 |
| 2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 23 |
| 2.9 METODOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS | 24 |
| 2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS | 24 |
| 3. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO..... | 25 |
| 3.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 26 |

| | |
|---|----|
| 3.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 27 |
| 4. RESULTADOS | 28 |
| 5. DISCUSIÓN | 40 |
| 6. CONCLUSIONES | 42 |
| 7. BIBLIOGRAFIA | 44 |
| 8. ANEXOS | 46 |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA **29/06/2011**

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"FACTORES PSICOLÓGICOS: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F No. 28"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|-------------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2011-3609-35 |

ATENTAMENTE


DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3609

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

“FACTORES PSICOLÓGICOS: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F. No. 28”

Autora: Dra. Nubia Fabiola Monje Tenorio (Médico Residente de Medicina Familiar)

Asesor Clínico y Experimental: Dra.Silvia Landgrave Ibáñez. (Dpto. Medicina Familiar, UNAM)

RESUMEN.

La diabetes mellitus es un problema de salud pública mundial y nacional.

En México ha aumentado la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad, así como las complicaciones elevando el costo social. Se han identificado algunos factores psicológicos que impactan de forma importante en los individuos con diabetes, disminuyendo su capacidad de respuesta para manejarla adecuadamente, los factores psicológicos identificados son: depresión, ansiedad y estrés.

OBJETIVO. Identificar los factores psicológicos: depresión, ansiedad y estrés en el primer nivel de atención del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 de la U.M.F. 28.

MATERIAL Y METODO. Estudio descriptivo-observacional, prospectivo, transversal. Se tomará como universo cautivo y finito 10,902 pacientes registrados en el sistema ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Delegación 3 sureste, México Distrito Federal, muestreo no probabilístico circunstancial a quienes se les aplicará una cédula de evaluación para conocer la presencia de ansiedad, depresión y estrés (DASS-21), así como una hoja de datos donde se recolectaran las variables: edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad. Posteriormente, se realizará un análisis estadístico univariado (paramétrico y no paramétrico) con la ayuda del procesador estadístico SPSS v.17.

Resultados: De 120 pacientes muestra se encontró que la mayoría fueron mujeres en un 54%; el 35% correspondió al grupo de edad de los 60 a los 69 años; el mayor porcentaje de escolaridad en un 35% fue el de secundaria; la mayoría se dedica al hogar en un 51%; el 90.8% profesa la religión católica y un 65% con un estado civil de casados. En cuanto a los factores psicológicos estudiados, se encontró que un 57% presentaba ansiedad en mayor grado moderado en el grupo de 1 a 5 años de evolución de la enfermedad; seguido por un 30% de depresión en un grado severo, predominado en el grupo de 1 a 5 años, y por último el estrés en un 15% de pacientes muestra, en un grado leve predominantemente en el grupo de 1 a 5 años de evolución

Conclusiones: El panorama epidemiológico actual de la diabetes mellitus tipo 2 revela que en un primer nivel de atención, ya no solo se tiene la responsabilidad de realizar prevención primaria, pues la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad revelan que la prevención secundaria es crucial para evitar complicaciones mediante el control de la diabetes; por tanto debido a una alta comorbilidad de esta enfermedad con los trastornos ansiosos y depresivos estos deben ser identificados y tratados para impactar en su manejo.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS; DIABETES MELLITUS TIPO 2.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

La diabetes es una enfermedad crónica y degenerativa susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos, étnicos y culturales, sus manifestaciones clínicas son progresivas dando lugar a una posible discapacidad parcial, completa o a la muerte.⁽¹⁾ Los cambios en la morbilidad y mortalidad observados a nivel nacional e internacional han mostrado un proceso de transición epidemiológica resultante de los problemas que ocurren en los procesos económico, político y social que requiere ser monitorizados.⁽²⁾ Actualmente considerado como un problema de Salud Pública, esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país, cuya valoración aún no ha sido adecuadamente realizada, pero se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas.⁽³⁾

1.1.1 DEFINICIÓN DE DIABETES

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambos. La gran mayoría de los casos de diabetes se dividen en dos categorías amplias: La diabetes tipo 1 y tipo 2, esta última mucho más frecuente, tiene como causa la combinación de la resistencia a la acción de la insulina y una compensación inadecuada de la respuesta secretora de insulina.⁽⁴⁾

Para la OMS es: Una enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.⁽⁵⁾

1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

En México para el año 2000 la diabetes ocupaba el tercer lugar como causa de mortalidad, manteniéndose así hasta el 2003, para el año 2004 ocupa el segundo lugar con 62,243 defunciones y una tasa de 59.1; incrementando la morbilidad de manera constante, ubicándose en el año 2005 en el 10º lugar; la prevalencia también se ha incrementado, como puede verse por los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas que para el año 2000 dio una cifra de 10.9% en individuos mayores de 20 años, lo cual permite estimar la existencia de más de 6 millones de enfermos diabéticos.⁽²⁾

1.1.3 FISIOPATOLOGÍA Y COMPLICACIONES

La diabetes es un síndrome con trastorno metabólico e hiperglucemia inadecuada causado por la deficiencia en la secreción de insulina o por la combinación de resistencia a dicha hormona y secreción inadecuada de la misma como compensación. La diabetes tipo 1 se debe a la destrucción de células β en los islotes pancreáticos, sobre todo por un proceso autoinmunitario; estos pacientes son proclives a cetoacidosis. La diabetes tipo 2 es la forma más frecuente y es causada por la resistencia a la insulina con un defecto en la secreción compensatoria de la misma. ⁽⁶⁾

Las complicaciones de la diabetes son diversas, las tres complicaciones agudas son la cetoacidosis diabética, más frecuente en diabetes tipo 1; estado hiperglucémico hiperosmolar, e hipoglucemia.

La cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperosmolar no cetósico (EHONC) son las complicaciones agudas más graves de la diabetes mellitus y están relacionadas con mortalidad elevada, representan trastornos metabólicos asociados al déficit parcial de insulina en el caso del estado hiperosmolar no cetósico, o total en el caso de la cetoacidosis diabética, donde el pronóstico en ambas condiciones es sustancialmente sombrío en los extremos de la vida y en otras. A decir de la etiología se demuestra contundentemente que la causa infecciosa continúa prevaleciendo en un 43% seguida de la etiología alcohólica en un 22.6%. ⁽⁷⁾

Dentro de las complicaciones crónicas de la diabetes, se encuentran las complicaciones oculares: cataratas, retinopatía diabética y glaucoma; nefropatía diabética: microalbuminuria y nefropatía diabética progresiva; neuropatía diabética: neuropatía periférica y neuropatía autónoma; complicaciones cardiovasculares: cardiopatía, enfermedad vascular periférica; complicaciones cutáneas y de mucosas. ⁽⁶⁾

El paciente diabético tiene un riesgo de 2 a 4 veces más alto de presentar un derrame cerebral que los no diabéticos y se estima que entre el 60 y 65% de los diabéticos son hipertensos. La diabetes es la principal causa de ceguera en adultos. Se conoce que la neuropatía se presenta en el 50% de los casos y que ésta aumenta con la duración y el grado de descontrol metabólico, se estima que entre un 60 y 70% de los diabéticos tiene un daño moderado o severo. El pie diabético es de las principales causas de hospitalización y el 70% de estos casos termina en amputación. La diabetes es responsable del 60% de los individuos con insuficiencia renal terminal, seguida de la hipertensión arterial. Considerando la cifra reportada por la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) para diabetes y señalando que el 30% presenta un problema renal, se estima que aproximadamente dos millones de estas personas desarrollarán nefropatía y 300,000 terminarán en insuficiencia renal terminal. La diabetes se ve asociada también con alteraciones macrovasculares que pueden clasificarse como enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y claudicación vascular intermitente, la complicación crónica más frecuente es la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, incluyendo la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la vascular periférica, siendo ésta la primera causa de muerte en diabéticos. ⁽²⁾

1.1.4 CLASIFICACIÓN

La diabetes se clasifica en diabetes tipo 1, la cual esta mediada por procesos inmunitarios en el 90 % y menos de un 10% es idiopática; diabetes tipo 2, y un tercer grupo que la American Diabetes Association designo “otros grupos específicos”, Diabetes de inicio en la madurez en el joven (MODY); Diabetes causada por insulinas mutantes; Diabetes causada por receptores de insulina mutantes, Diabetes relacionada con una mutación en el DNA mitocondrial; Síndrome de Wolfram. ⁽⁶⁾

Para La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y La Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen una nueva clasificación que se resume en el cuadro 1. ⁽⁴⁾

1.1.5 TRATAMIENTO

El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 es muy variable y está en función de las características del paciente y el estadio de la enfermedad. El tratamiento puede ser desde ejercicio físico y régimen dietético (sin uso de fármacos) hasta el uso de diferentes tipos de fármacos orales, administración de insulina, todos ellos solos o en diferentes combinaciones.

Existen recomendaciones no farmacológicas, como mantenerse con IMC mayor o igual a 18.5 pero menor de 25 kg/m², el esquema terapéutico general de la diabetes tipo 2 es el siguiente: si después del diagnóstico no se necesita insulinización se debe ajustar una dieta mas una rutina de ejercicio, si esto no funciona se agrega tratamiento farmacológico; en sobrepeso el fármaco de primera elección es la metformina, la cual puede asociarse a una sulfonilurea, en personas de peso normal se recomiendan secretagogos como la sulfonilurea sola o asociada a metformina, inhibidor de alfa-glucosidasa o glitazona; si no funciona el tratamiento oral, se debe usar insulina sola o con otros medicamentos orales como sulfonilureas, metformina, inhibidores de la glucosidasa y glitazonas. ⁽⁸⁾

CUADRO 1. CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LA DIABETES MELLITUS ADA - OMS

- I. La diabetes tipo 1 (-Destrucción de células β , por lo general conduce a una deficiencia absoluta de insulina)
 - A. Mediación inmune
 - B. Idiopática
- II. La diabetes tipo 2
- III. Otros tipos específicos
 - A. Defectos genéticos de la función de las célula
 - 1. Cromosoma 12, HNF-1a (MODY3)
 - 2. Cromosoma 7, glucocinasa (MODY2)
 - 3. Cromosoma 20, HNF-4a (MODY1)
 - 4. Cromosoma 13, la insulina promotor factor-1 (IPF-1; MODY4)
 - 5. Cromosoma 17, HNF-1 β (MODY5)
 - 6. Del cromosoma 2, NeuroD1 (MODY6)
 - 7. El ADN mitocondrial
 - 8. Otros
 - B. Defectos genéticos en la acción de la insulina
 - 1. Resistencia a la insulina tipo A
 - 2. Leprechaunismo
 - 3. Síndrome de Rabson-Mendenhall
 - 4. Diabetes lipotrófica
 - 5. Otros
 - C. Enfermedades del páncreas exocrino
 - 1. Pancreatitis
 - 2. Trauma / pancreatomecía
 - 3. Neoplasia
 - 4. La fibrosis quística
 - 5. Hemocromatosis
 - 6. Pancreopatía fibrocalculosa
 - 7. Otros
 - D. Endocrinopatías
 - 1. Acromegalia
 - 2. El síndrome de Cushing
 - 3. Glucagonoma
 - 4. Feocromocitoma
 - 5. Hipertiroidismo
 - 6. Somatostatina
 - 7. Aldosteronoma
 - 8. Otros
 - E. Drogas - o química inducida
 - 1. Vacor
 - 2. Pentamidina
 - 3. El ácido nicotínico
 - 4. Los glucocorticoides
 - 5. De hormona tiroidea
 - 6. El diazóxido
 - 7. Agonistas- β adrenérgicos
 - 8. Las tiazidas
 - 9. Dilantin
 - 10. α -Interferón
 - 11. Otros
 - F. Infecciones
 - 1. De rubéola congénita
 - 2. Citomegalovirus
 - 3. Otros
 - G. Formas poco frecuentes de la diabetes mediadas por inmunidad
 - 1. Síndrome de "Stiff-man"
 - 2. Receptor de anticuerpos antiinsulina
 - 3. Otros
 - H. Otros síndromes genéticos algunas veces asociados con la diabetes
 - 1. Síndrome de Down
 - 2. El síndrome de Klinefelter
 - 3. Síndrome de Turner
 - 4. El síndrome de Wolfram
 - 5. La ataxia de Friedreich
 - 6. La corea de Huntington
 - 7. Laurence-Moon-Biedl
 - 8. La distrofia miotónica
 - 9. Porfiria
 - 10. El síndrome de Prader-Willi
 - 11. Otros
- IV. La diabetes mellitus gestacional (DMG)

Los pacientes con cualquier forma de diabetes pueden requerir tratamiento con insulina en algún momento de su enfermedad.

1.1.6 ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS

La diabetes tipo 2 no solo ocasiona daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, siendo los más comunes la ansiedad y la depresión ⁽⁹⁾, pues estos factores se han asociado con las enfermedades crónicas como variables influyentes en el inicio, desarrollo y mantenimiento pero no solo existe una relación en el curso de la enfermedad, sino que también se conoce una alta comorbilidad de esta enfermedad con los trastornos ansiosos y depresivos, frecuentemente como consecuencia de las mismas. Por último también se han revisado las intervenciones que han de mostrado su eficacia en el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva en enfermos crónicos. ⁽¹⁰⁾

La prevalencia del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad es mayor en individuos con diabetes tipo 2 en comparación con la población en general. ⁽¹¹⁾

En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación de salud-enfermedad, incluso niveles elevados de estrés se han asociado con descontrol metabólico y esto puede ser a través de dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, ejercicio y la medicación, favoreciendo un deterioro en el control metabólico; por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento en la secreción de hormonas contrareguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa. ⁽¹²⁾

El trastorno de ansiedad generalizada, tiene como característica esencial, la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones, con dificultad para controlar este estado de constante preocupación. ^(12, 13) En los pacientes diabéticos la alteración emocional es alta y está asociada a la evolución degenerativa del padecimiento, siendo 2 veces más frecuente la ansiedad que la depresión. ⁽¹⁰⁾

La depresión es un periodo de empeoramiento del funcionamiento normal asociado a un ánimo triste y a sus síntomas, cambios en el sueño y el apetito, alteraciones psicomotoras, afectación de la concentración, anhedonia, fatiga, sentimientos de desesperanza y desamparo e ideas de suicidio. ⁽¹⁴⁾ En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas. Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación. ⁽⁹⁾

Uno de los mayores problemas con el concepto de estrés es su indefinición, más precisamente empleado como sinónimo de estímulo o simplemente para designar cualquier situación o reacción desagradable. La clasificación de los factores de estrés en tres grandes grupos (externos, internos y moduladores) se basa en su lugar de entrada en los procesos psicopatogénicos y en su grado de participación en la respuesta al estrés.

Los factores externos se corresponden básicamente con lo que Selye denominaba “stressors”, y en ellos se engloban todas aquellas variables del medio ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar el funcionamiento de los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo.

Los factores internos de stress son aquellas variables propias del individuo directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés. Los factores moduladores están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionadas con la inducción o la respuesta de estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores externos e internos. Los estados afectivos, el apoyo social y la capacidad de control son algunas de las variables características de este grupo.⁽¹⁵⁾

El estrés puede interferir en el cuidado de diabetes debido a sus efectos negativos sobre la salud de los pacientes debido a sus efectos negativos sobre la salud de los pacientes y a los incrementos de complicaciones. Según Atkinson, el estrés puede interferir en el control glucémico por la elevación de los niveles de cortisol. La persona con diabetes debe aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad con sus recursos personales. Algunos autores han concluido que los factores psicológicos juegan un rol muy importante en el control glucémico, y sugieren considerarlos para mejorar el manejo clínico de los pacientes.

El estrés percibido influye en estrategias de afrontamiento y en la adaptación psicosocial de los adultos con diabetes mellitus tipo 2; el estrés como estímulo contextual influye negativamente en la adaptación psicosocial en términos de autoconcepto, función de rol e interdependencia.⁽¹⁶⁾

Una asociación entre factores psicológicos y la Diabetes Mellitus se ha sospechado durante mucho tiempo, sin embargo los datos epidemiológicos sobre esta asociación es limitada. Se ha encontrado una asociación entre el estrés mental percibido y la incidencia de la diabetes, especialmente entre los hombres.⁽¹⁷⁾

El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente, también merece ser considerado, entre los factores que los pacientes identifican como causas de diabetes mellitus tipo 2 están: el gusto, el coraje, la mala alimentación y las preocupaciones; aunque algunos consideran al estrés más importante que la herencia a lo cual le siguen las preocupaciones, y es notable que también aparezcan entre las 10 primeras causas otras emociones como la tristeza, el gusto y la sensación de fatiga crónica.

Un aspecto peculiar es que en su gran mayoría refieren cambios de carácter durante el transcurso de su padecimiento. Mencionan que se vuelven irascibles, enojones, con ansiedad, desesperación coraje o depresión excesivos. De hecho, cuando los niveles de glucemia se elevan, un dato característico que reconocen en su cuerpo es que se vuelven más sensibles y reaccionan en forma desmedida ante estímulos externos, sobre todo a los que les provocan estrés emocional. Pocos refirieron estabilidad emocional constante, más bien presentan fluctuaciones variables entre estados de ansiedad y estados de depresión.⁽¹⁸⁾

El término comorbilidad fue acuñado en el contexto de la enfermedades crónicas (Feinstein, 1970) para referirse a una entidad clínica diferente, que es producto de una ya existente durante el curso clínico del paciente bajo estudio; Al tratar de extender esta definición a los trastornos psiquiátricos, rápidamente se entró en dificultades al intentar delinear el concepto de “entidades clínicas diferentes” (Lilienfeld, Walkman e Israel, 1994). Por ejemplo la depresión mayor aparece frecuentemente mezclada con los trastornos de ánimo en general. A pesar de que la depresión y la ansiedad son cuadros fenomenológicamente distintos, ha sido difícil distinguir entre esos constructos de manera empírica mediante las medidas clínicas o del uso de autoreportes (Watson y Clark, 1984). Se ha sugerido que lo anterior se debe a que las escalas para depresión y la ansiedad predominantemente miden el factor común de la afectividad negativa (AN) (Watson y Clark, 1984). Sin embargo, el modelo tripartita que postula que en adición a ese factor común de AN existen componentes específicos de la ansiedad y la depresión que permiten su diferenciación. En el caso de la ansiedad, el componente específico es la tensión y agitación fisiológica, y en el caso de la depresión es la baja afectividad positiva (AP) (Crawford y Henry, 2004).

Tomando como base lo anterior, Lovibond y Lovibond (1995) crearon la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS), que originalmente constaba de 42 reactivos y a partir de ahí se conformo la versión corta que consta de 21 reactivos (DASS-21). Ambas escalas según Brown, Chorpita, Korotitsh y Barlow (1997) poseen subescalas especificadas en el modelo tripartita de la emoción; es decir, mientras la escala de depresión mide la baja afectividad positiva, la escala de ansiedad mide la agitación psicofisiológica y la de estrés, la afectividad negativa. ⁽¹⁹⁾

La escala DASS-21 es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de 0 (no se aplica en nada a mi) hasta 3 (se aplica mucho a mi o la mayor parte del tiempo). Consta de 3 subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés. Las propiedades psicométricas reportadas por Henry y Crawford (2005) fueron de 49% de varianza explicada y un coeficiente alpha de Cronbach de 0.93 para el instrumento total, resultado de un estudio realizado con 1,700 adultos voluntarios de población abierta en la Unión Británica. ⁽¹⁹⁾

A pesar de que existen documentadas una buena confiabilidad y validez de la DASS-21 (Anthony Bieling, Cox, Enns y Swinson, 1998), no existía una versión validada en español. Por tal motivo en el año 2006 en México, se realiza un trabajo de investigación con el objetivo de obtener la validez de constructo de la escala DASS-21, la cual se aplica a 200 sujetos de una población no clínica y los resultados después de haber realizado un análisis factorial con rotación varimax indican lo siguiente: de 21 reactivos originales permanecieron 14 agrupados en tres factores que corresponden a depresión, ansiedad y estrés. La escala resultante explica un 46.6 de la varianza total con un alpha Cronbach de 0.86. Como conclusión, la escala DASS-21 mostro una estructura factorial y consistencia interna que la hace confiable para evaluar los constructos que mide. Ver cuadro 2. ⁽¹⁹⁾

CUADRO 2. ANALISIS FACTORIAL EXPLORATORIO DE LA ESCALA DASS-21

| REACTIVOS | FACTOR 1 DEPRESIÓN | FACTOR 2 ESTRÉS | FACTOR 3 ANSIEDAD |
|--|-----------------------|--------------------|----------------------|
| 21. Sentí que la vida no tenía sentido. | .713 | | |
| 17. Sentí no que valía nada como persona. | .683 | | |
| 10. Sentí que no tenía nada que esperar. | .660 | | |
| 13. Me sentí desanimado y triste. | .629 | | |
| 16. Me sentí incapaz de sentirme entusiasmado acerca de nada. | .604 | | |
| 3. Al parecer no experimenté ningún sentimiento positivo. | .417 | | |
| 5. Encontré difícil tener la iniciativa para hacer las cosas. | .346 | | |
| 8. Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa. | | .698 | |
| 12. Encontré difícil relajarme. | | .686 | |
| 14. Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo. | | .498 | |
| 9. Estuve preocupado acerca de las situaciones ante las cuales me asusto y hago el ridículo. | | .420 | |
| 7. Experimenté temblores (por ejemplo, en las manos). | | .290 | |
| 11. Me encontré a mi mismo poniéndome nervioso. | | .285 | |
| 15. Sentí que estaba a punto de entrar en pánico. | | .279 | |
| 19. Estuve consiente de la acción de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ejemplo, sentir incremento de la frecuencia cardíaca, el corazón perdiendo un latido). | | | .800 |
| 4. Experimenté dificultades al respirar (por ejemplo, respiración excesivamente rápida, quedarme sin aliento en ausencia de esfuerzo físico). | | | .523 |
| 2. Estuve consiente de la resequedad de mi boca. | | | .492 |
| 20. Sentí miedo sin ninguna razón. | | | .453 |
| 1. Encontré difícil terminar las cosas. | | | .293 |
| 6. Tendí a reaccionar exageradamente ante situaciones. | | | .253 |
| 18. Sentí que estaba más bien susceptible. | | | .240 |
| ALPHA POR FACTOR. | .81 | .79 | .76 |
| % DE VARIANZA EXPLICADA POR FACTOR. | 30.6% | 10.8% | 5.2% |
| ALPHA TOTAL. | .86 | | |

En otro trabajo de investigación al examinar las propiedades psicométricas de la versión española de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) y de su forma abreviada (DASS-21) en 365 universitarios. En el DASS-21 el modelo de 3 factores fue el que mejor ajusto; puede decirse que el ajuste fue aceptable. Las correlaciones con otros cuestionarios de ansiedad, depresión y afecto positivo y negativo demostraron una validez convergente satisfactoria y una validez divergente aceptable. La validez discriminante fue satisfactoria, aunque la escala de ansiedad no diferencio entre pacientes ansiosos y deprimidos. ⁽²⁰⁾

Los pacientes participantes anotarán lo que considerara pertinente según la experiencia vivida en los últimos 7 días. Son cuatro opciones de respuesta de gravedad o de frecuencia, organizadas en una escala de 0-3 puntos siendo que el resultado será obtenido por la suma de respuestas a los ítems que componen cada una de las tres subescalas. Los puntajes de la DASS-21 serán calculados para cada una de las tres subescalas y multiplicados por dos. Para cada uno de los tres estados emocionales fue usada la clasificación: normal, leve, moderado, severo y grave. ⁽²¹⁾

Tabla de interpretación:

| | DEPRESIÓN | ANSIEDAD | ESTRES |
|-----------------|------------------|-----------------|---------------|
| NORMAL | 0-9 | 0-7 | 0-14 |
| LEVE | 10-13 | 8-9 | 15-18 |
| MODERADA | 14-20 | 10-14 | 19-25 |
| SEVERA | 21-27 | 15-19 | 26-33 |
| GRAVE | 28+ | 20+ | 34+ |

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995) Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.). Sidney: Psychology Foundation.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es un problema de salud pública mundial y nacional, en México ha aumentado la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad; a diferencia de otros países se ha observado que se presenta a edades más tempranas, probablemente sea por el cambio en el comportamiento de los factores de riesgo modificables como el estilo de vida, el sedentarismo y factores psicológicos. Se han identificado diferentes variables psicológicas que tienen impacto sobre los individuos que tienen diabetes y sobre su capacidad para manejar su enfermedad ¹¹, de los factores psicológicos sobresalen la ansiedad, la depresión y el estrés; cuya presentación influiría para que el paciente interrumpa rutinas de conducta relacionadas con el manejo de su enfermedad, sin embargo no se conoce con que frecuencia se presentan estos factores psicológicos en los pacientes con diabetes tipo 2, por lo que surge la pregunta de investigación:

¿Con qué frecuencia se presenta depresión, ansiedad y estrés en los pacientes con diabetes tipo 2 de La Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Se requiere conocer la presencia de factores psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad y el estrés en los pacientes con Diabetes tipo 2, el tratamiento de este padecimiento no solo incluye manejo terapéutico y farmacológico, pues estudios epidemiológicos recientes parecen indicar que estos factores pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de la enfermedad, influyendo de forma negativa en el sistema endocrino metabólico e impactando sobre la adherencia terapéutica.

Considerando el panorama epidemiológico de la diabetes tipo 2, las complicaciones y el alto costo global de la misma, es relevante investigar la presencia de estos factores psicológicos en los pacientes con diabetes tipo 2, pues se conoce poco de la magnitud de este problema en pacientes en el primer nivel de atención, sin olvidar que el médico familiar es el primer contacto de estos pacientes y la atención médica que brinda es integral y continua.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar pacientes diabéticos tipo 2 con ansiedad, depresión y estrés de La U.M.F. 28.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A) Identificar los datos sociodemográficos de la población a estudiar.

B) Identificar en que etapa de evolución se presentan con mayor frecuencia depresión, ansiedad y estrés; en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 a estudiar.

C) Identificar cuál de estos factores (Depresión, ansiedad y estrés) predomina en la población a estudiar.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 HIPOTESIS VERDADERA

H1 Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan depresión, ansiedad y estrés.

1.5.2 HIPOTESIS NULA

H2 Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no presentan depresión, ansiedad y estrés.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

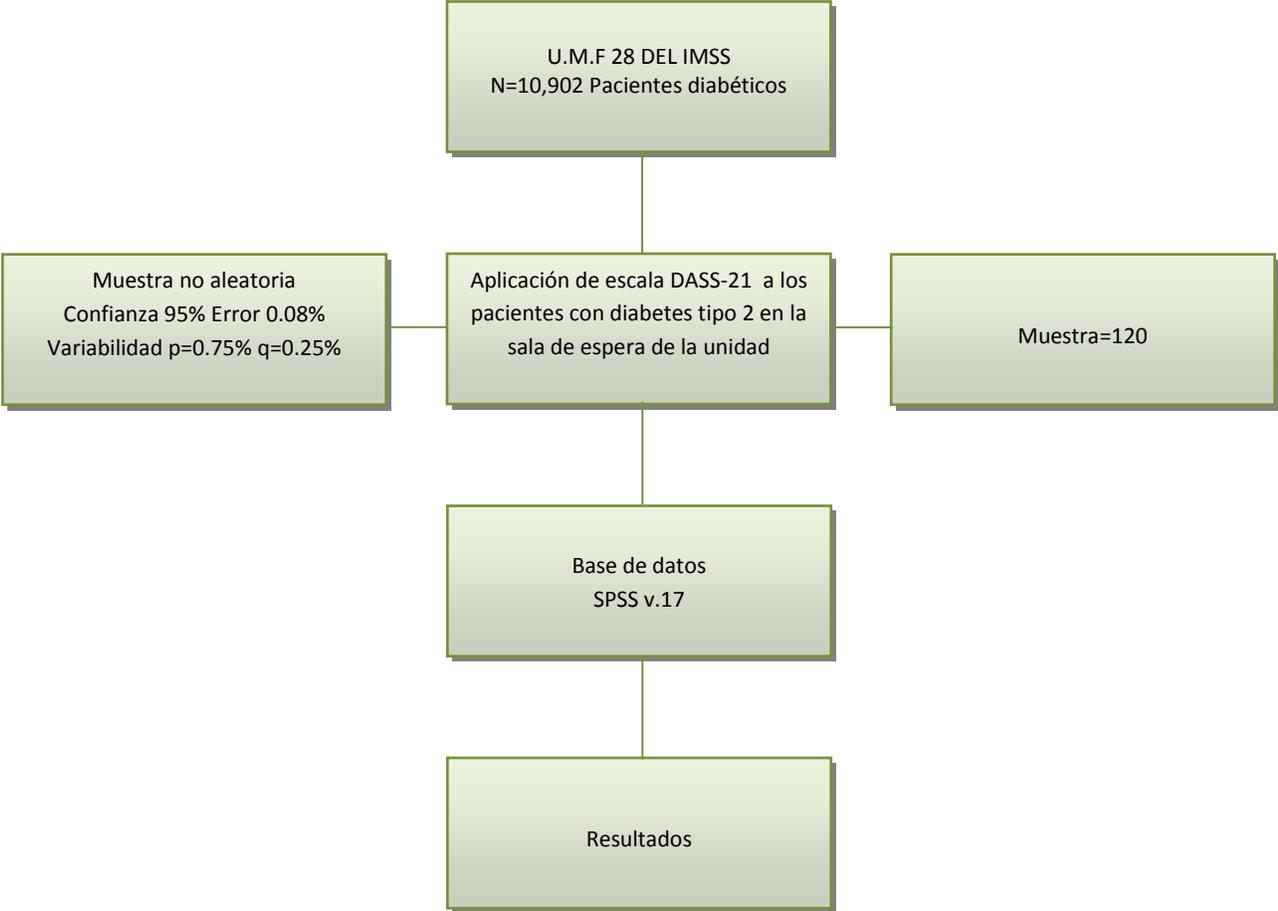
A) Observacional: De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

B) Descriptivo: Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados.

C) Transversal: Según el número de una misma variable o el periodo o secuencia del estudio.

D) Prospectivo: Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información.

2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se aplicara la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en pacientes con diabetes tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 28 del I.M.S.S. durante el periodo de noviembre a diciembre del 2010.

2.4 MUESTRA

Muestra no probabilística, no representativa en U.M.F. No. 28 del IMSS con una población total de 10,902 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se calculó la muestra, con el 95% de nivel de confianza, 0.08% de error y variabilidad de $p=0.75\%$ y $q=0.25\%$, obteniendo un tamaño de 120 pacientes.

$$n = \frac{Z^2 (pq)}{E^2} \quad \text{sustituyendo:} \quad n = \frac{(1.96)^2 (.75 \times .25)}{(.08)^2} \quad n = 112.5468$$

Redondeando=120

Donde

$$Z = 95\% \quad P = .75 \quad q = .25 \quad E = 8\%$$

2.5 CRITERIOS

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- b) Que sean derechohabientes vigentes del IMSS en la U.M.F. No. 28.
- c) Que acepten participar voluntariamente contestando el instrumento de evaluación una vez que se les lea el Consentimiento de Participación Voluntaria.
- d) Pacientes en condiciones de contestar el cuestionario.

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes con Diabetes Mellitus de otro tipo.
- b) Pacientes con diagnóstico ya establecido de depresión y/o ansiedad.

2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Encuestas incompletas.

2.6 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Diabetes Mellitus tipo 2.

VARIABLE DEPENDIENTE: Ansiedad, Depresión y Estrés.

2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE DIABETES TIPO 2

La diabetes Mellitus tipo 2 es la hiperglucemia causada por resistencia a la insulina principalmente, frente a una deficiencia relativa de su secreción. ⁽⁴⁾

2.6.2 DEFINICIÓN OPERATIVA DE DIABETES

Diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2.

Recordemos que hay tres criterios para diagnosticar Diabetes:

- a) Con una glucosa plasmática de ayuno mayor a 126 mg/dl. El ayuno es definido como la ausencia de ingesta calórica por lo menos de 8 hrs.
- b) Los síntomas de hiperglucemia y una toma al azar de la glucosa plasmática mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) La toma casual o al azar se define como cualquier hora del día sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable.
- c) La glucosa plasmática en 2 hrs. Mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe realizarse según lo descrito por la Organización Mundial de la Salud con una carga de glucosa que contiene el equivalente de gramos de glucosa anhidra-75 disuelto en agua. ⁽⁵⁾

2.6.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE FACTORES PSICOLÓGICOS

El trastorno de ansiedad generalizada, tiene como característica esencial, la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones, con dificultad para controlar este estado de constante preocupación. ⁽¹³⁾

La depresión es un periodo de empeoramiento del funcionamiento normal asociado a un ánimo triste y a sus síntomas, cambios en el sueño y el apetito, alteraciones psicomotoras, afectación de la concentración, anhedonia, fatiga, sentimientos de desesperanza y desamparo e ideas de suicidio. ⁽¹⁴⁾

Uno de los mayores problemas con el concepto de estrés es su indefinición, más precisamente empleado como sinónimo de estímulo o simplemente para designar cualquier situación o reacción desagradable. ⁽¹⁵⁾

2.6.4 DEFINICIÓN OPERATIVA DE FACTORES PSICOLÓGICOS

Se aplicara la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), la cual es de autoaplicación, consta de 21 reactivos, con cuatro opciones de respuesta que van de 0 (no se aplica en nada a mí) hasta 3 (aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo) y consta de 3 subescalas:

- 1) Depresión, la cual es valorada mediante los siguientes siete ítems: 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido, 17. Sentí que no valía nada como persona, 10. Sentí que no tenía nada que esperar, 13. Me sentí desanimado y triste, 16. Me sentí incapaz de entusiasarme acerca de nada, 3. Al parecer no experimenté ningún sentimiento positivo, 5. Encontré difícil tener la iniciativa para hacer las cosas.

2) Ansiedad, la cual es valorada mediante los siguientes siete ítems: 8. Sentí que estaba muy nerviosa, 12. Encontré difícil relajarme, 14. Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo, 9. Estuve preocupado acerca de las situaciones en las cuales me asusto y hago el ridículo, 7. Experimente temblores (por ejemplo en las manos), 11. Me encontré a mi mismo poniéndome nervioso, 15. Sentí que estuve a punto de entrar en pánico.

3) Estrés, el cual es valorado mediante los siguientes siete ítems: 19. Estuve conciente de la acción de mi corazón aun sin esfuerzo físico, 4. Experimenté dificultades al respirar, 2. Estuve consiente de la resequead de mi boca, 20. Sentí miedo sin ninguna razón, 1. Encontré difícil terminar las cosas, 6. Tendí a reaccionar exageradamente ante situaciones, 18. Sentí que estaba más bien susceptible. ⁽²¹⁾

Los pacientes participantes anotarán lo que considerara pertinente según la experiencia vivida en los últimos 7 días. Son cuatro opciones de respuesta de gravedad o de frecuencia, organizadas en una escala de 0-3 puntos siendo que el resultado será obtenido por la suma de respuestas a los ítems que componen cada una de las tres subescalas. Los puntajes de la DASS-21 serán calculados para cada una de las tres subescalas y multiplicados por dos. Para cada uno de los tres estados emocionales fue usada la clasificación: normal, leve, moderado, severo y grave. ⁽⁵⁾

Tabla de interpretación:

| | DEPRESIÓN | ANSIEDAD | ESTRES |
|-----------------|-----------|----------|--------|
| NORMAL | 0-9 | 0-7 | 0-14 |
| LEVE | 10-13 | 8-9 | 15-18 |
| MODERADA | 14-20 | 10-14 | 19-25 |
| SEVERA | 21-27 | 15-19 | 26-33 |
| GRAVE | 28+ | 20+ | 34+ |

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995) Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.). Sidney: Psychology Foundation.

2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito estadístico de la investigación es identificar la presencia de los factores psicológicos; la ansiedad, depresión y estrés; en pacientes con diabetes tipo 2 de la U.M.F. 28. Por lo que se investigará un solo grupo mediante una medición trasversal, y las variables que se medirán son de tipo cualitativas que son diabetes tipo 2 y factores psicológicos (ansiedad, depresión y estrés). Debido a la naturaleza de las variables se espera que los resultados tengan una distribución no paramétrica, las escalas de medición que se utilizaran son nominales, el tipo de muestra no aleatoria y no representativa.

2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Ver anexos.

- b) DASS-21, esta escala consta de 21 reactivos, siete reactivos para cada factor psicológico.
- c) Aplicación de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en pacientes con diabetes tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 28 del IMSS, la cual es de autoaplicación y cuenta con 21 ítems.

2.9 METODOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

- 1.- Se realizará este estudio con previa autorización de las autoridades, en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes del IMSS de la UMF No. 28.
- 2.- El investigador funcionará como encuestador.
- 3.- Se explicará a los pacientes participantes del estudio el motivo de la encuesta y la forma de llenar el cuestionario; así como proporcionarles un espacio adecuado para el llenado del test.
- 4.- Se procederá a aplicar el instrumento que valorará la presencia de ansiedad, depresión y estrés en la sala de espera a pacientes con Diabetes tipo 2, cuya selección se hará de forma no aleatoria y previo consentimiento de participación voluntaria.
- 5.- El instrumento DASS-21 deberá ser llenado por el paciente, ya que es de autoaplicación.
- 7.- La información del cuestionario se almacenará en base al cuestionario diseñado en el programa estadístico SPSS v.17.
- 8.- Se analizará la información obtenida a través de los resultados que permita realizar conclusiones en base a los objetivos planteados.

2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Existen cinco tipos de sesgos: de selección, información, análisis e interpretación, medición (valido y confiable).

Se reconoce que existen sesgos de información, debido a que no es posible confirmar la veracidad de los datos proporcionados por el paciente informante.

- 1.- Se deberá aplicar la escala DASS-21, la cual será llenada por el paciente, para valorar la presencia de ansiedad, depresión y estrés.
- 2.- Se aplicará a pacientes derechohabientes del IMSS de la UMF 28, portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, en forma aleatoria, para ambos turnos.
- 3.- El paciente participante deberá contar con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, debiendo excluir a los de otra etiología.
- 4.- Los cuestionarios que sean llenados de forma incompleta quedaran eliminados de este estudio.

3. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

-Recursos Humanos. Se cuenta con un investigador, mismo que recolectará los datos.

- Recursos Materiales

- Expediente electrónico.
- Hoja de captura de datos
- Plumas.
- Hojas blancas.
- Fotocopias.
- Computadoras.
- Disco compacto y USB para guardar la información.
- Software estadístico SPSS v.17.

-Recursos Físicos

- Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera” del IMSS.
- Consultorios, turno matutino y vespertino.

-Recursos Financieros

- El financiamiento será cubierto por el médico residente autor de la tesis.

ANEXO 1

3.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| FECHA | MAR 2010 | ABR 2010 | MAY 2010 | JUN 2010 | JUL 2010 | AGO 2010 | SEP 2010 | OCT 2010 | NOV 2010 | DIC 2010 | ENE 2011 | FEB 2011 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ELECCIÓN DEL TEMA | X | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES | | X | | | | | | | | | | |
| MARCO TEÓRICO | | X | | | | | | | | | | |
| BIBLIOGRAFÍA | | X | | | | | | | | | | |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | X | | | | | | | | | | |
| PORTADA (Hoja Frontal) | | | X | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | | X | | | | | | | | | |
| JUSTIFICACIÓN | | | X | | | | | | | | | |
| OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS | | | X | | | | | | | | | |
| HIPÓTESIS | | | X | | | | | | | | | |
| MATERIAL Y MÉTODOS | | | X | | | | | | | | | |
| DISEÑO METODOLÓGICO | | | | X | | | | | | | | |
| POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO | | | | X | | | | | | | | |
| MUESTRA | | | | X | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN | | | | X | | | | | | | | |
| VARIABLES (tipo y escala de medición) | | | | X | | | | | | | | |
| DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES | | | | | X | | | | | | | |
| DISEÑO ESTADÍSTICO | | | | | | X | | | | | | |
| INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | | | | | | | X | | | | | |
| MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | | | | | | | | X | | | | |
| MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS | | | | | | | | | X | | | |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | | | | | | | | | | X | | |
| ANEXOS | | | | | | | | | | | X | X |
| FECHA | MAR 2011 | ABR 2011 | MAY 2011 | JUN 2011 | JUL 2011 | AGO 2011 | SEP 2011 | OCT 2011 | NOV 2011 | DIC 2011 | ENE 2012 | FEB 2012 |
| REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO | | | X | X | | | | | | | | |
| RECOLECCIÓN DE DATOS | | | | X | X | | | | | | | |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS | | | | | X | | | | | | | |
| ANÁLISIS DE DATOS | | | | | | X | X | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS | | | | | | X | X | | | | | |
| DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | | | | | | | X | | | | | |
| CONCLUSIONES DEL ESTUDIO | | | | | | | X | X | | | | |
| INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL | | | | | | | X | X | | | | |
| REPORTE FINAL | | | | | | | | | | | | |
| AUTORIZACIONES | | | | | | | | | | | | |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL | | | | | | | | | | | | |

3.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece:

a) A las recomendaciones contenidas en **la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

Donde la Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

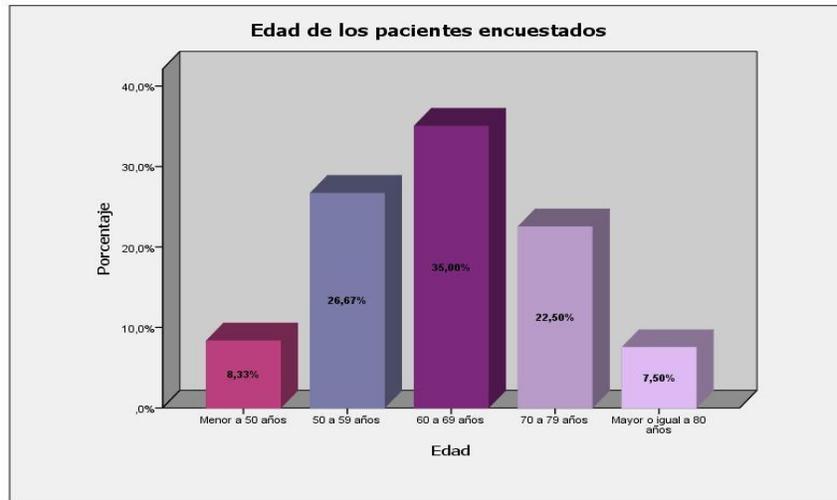
Así como el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.⁽²²⁾

b) **La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial**, Vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y **el Código Internacional de Ética Médica** afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".⁽²³⁾

c) **El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.**

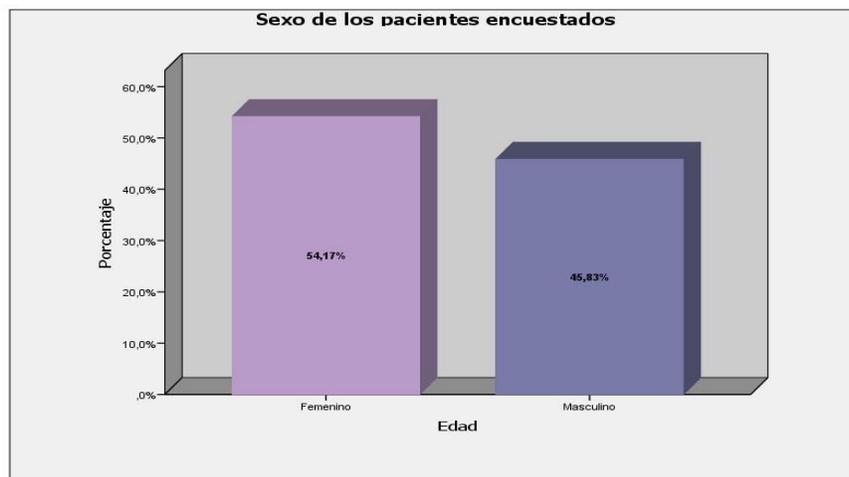
Este proyecto de investigación cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud, México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el Título segundo Capítulo 1, Artículo 17: "investigación sin riesgo son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se trate aspectos sensitivos de su conducta".⁽²⁴⁾ Ver anexo 1.

4. RESULTADOS



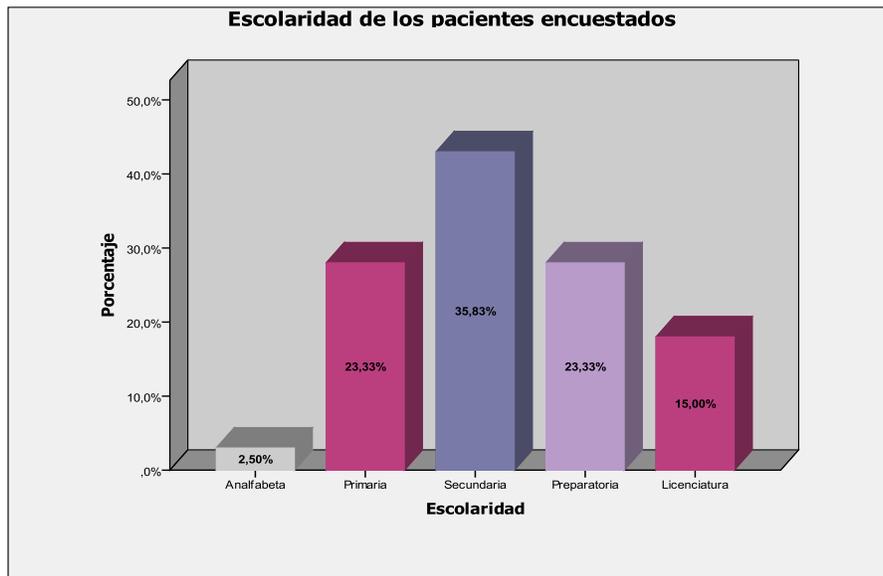
Fuente: encuestas aplicadas

Según su edad: De 120 pacientes encuestados la mayoría, el 35 %, se encuentra dentro del grupo de edad de los 60 a 69 años; seguido del grupo de los 50 a 59 años con un 26.7% y la minoría por el grupo de los mayores de 80 años con un 7.5%.



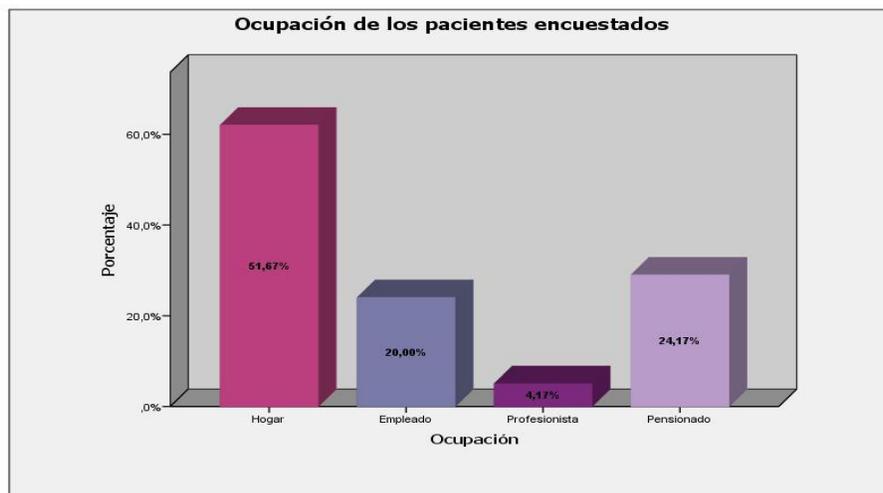
Fuente: encuestas aplicadas

Según el sexo: De 120 pacientes encuestados, se encontró que la mayoría, el 54%, fueron mujeres y la minoría con un 45% fueron hombres.



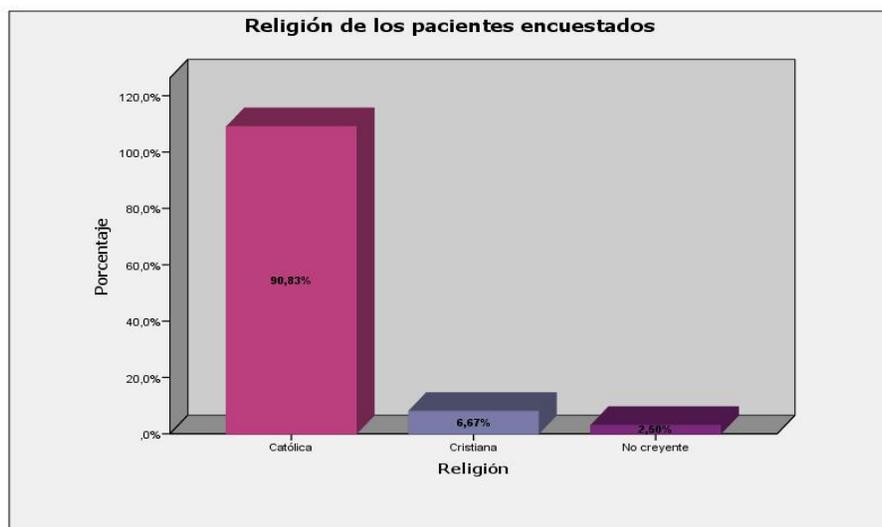
Fuente: encuestas aplicadas

Según la escolaridad: De los 120 pacientes encuestados, se encontró que la mayoría de los pacientes, tenían un grado de escolaridad secundaria en un 35%, seguidos de un 23% con escolaridad de primaria y preparatoria, un 15% con licenciatura, y solo un 2.5% analfabeta.



Fuente: encuestas aplicadas

Según su ocupación: El 51% de los pacientes encuestados se dedican a labores del hogar, seguidos de un 24% pensionados, un 20% empleados y solo un 4% profesionistas.



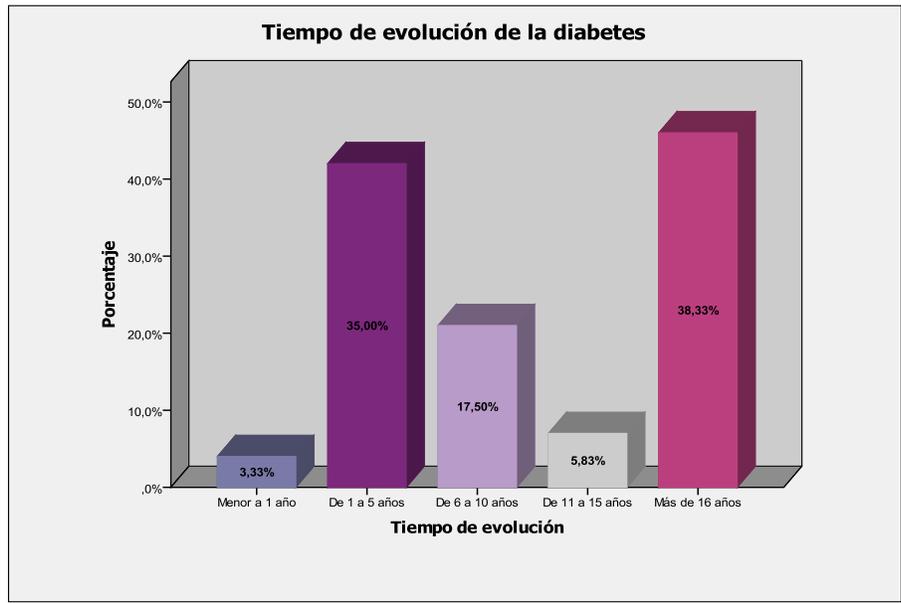
Fuente: encuestas aplicadas

Según su religión: El 90% de los pacientes encuestados profesan la religión católica, seguidos de la religión cristiana en un 6.6% y solo un 2.5% se refirieron como no creyentes.



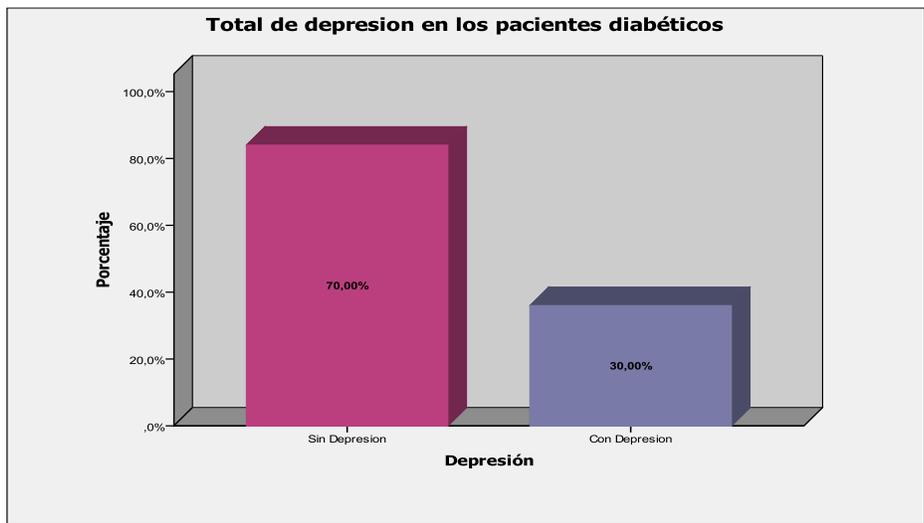
Fuente: encuestas aplicadas

Según su estado civil: Un 65% de los pacientes encuestados son casados, seguidos con un 11% de pacientes viudos, un 9.1% se refirieron solteros, 7.5% divorciados y solo un 6.5% vive en unión libre.



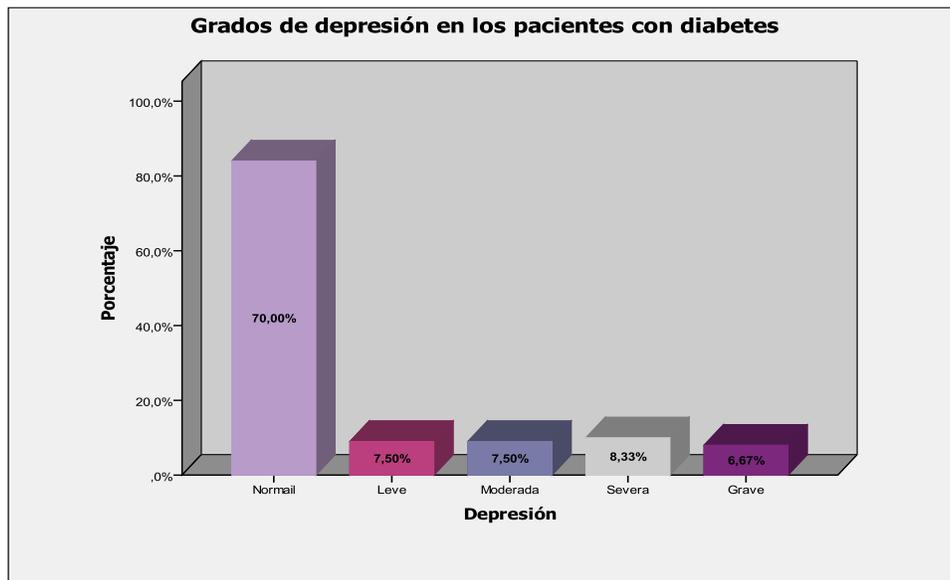
Fuente: encuestas aplicadas

Según el tiempo de evolución de la diabetes: Se encontró que la mayoría de los pacientes participantes, un 38%, se encontraron dentro del grupo con más de 16 años de evolución de la enfermedad; seguidos del grupo de 1 a 5 años; posteriormente se encuentra los del grupo de 6 a 10 años, un 6.8% de 11 a 15 años y solo un 3.3% tienen menos de un año de evolución.



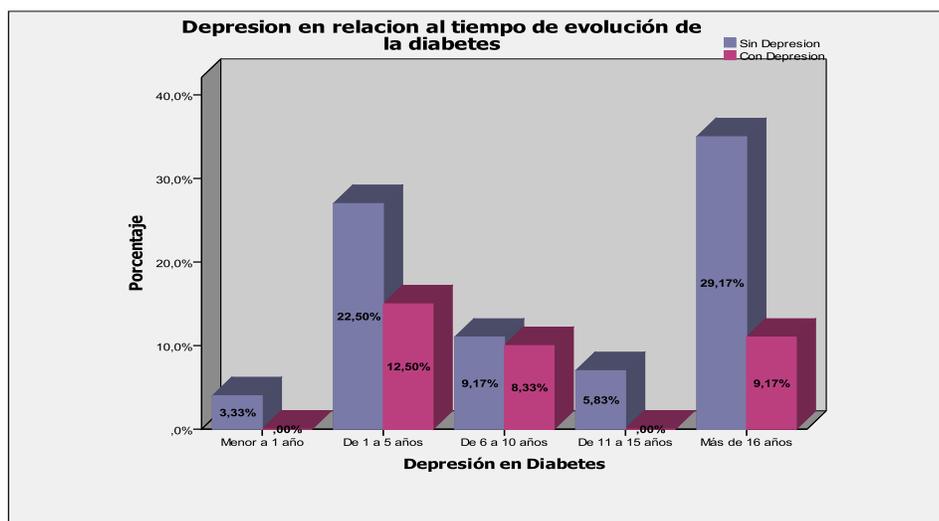
Fuente: encuestas aplicadas

De los 120 pacientes muestra encuestados, el 70% no refirieron datos de depresión, el resto se encontró con depresión.



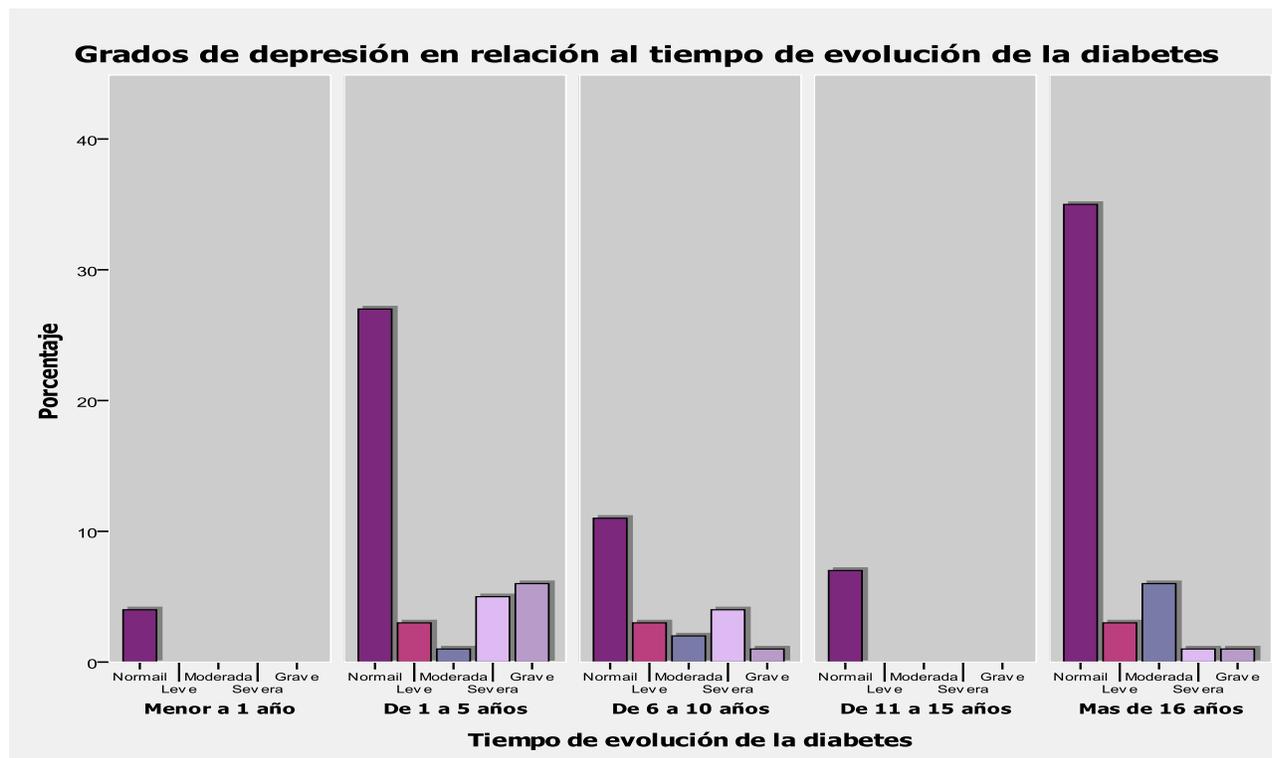
Fuente: encuestas aplicadas

En cuanto al grado de depresión: de todos los pacientes encuestados, el 8.3% tenían datos de depresión severa, seguidos de un grado moderado con un 7.5% al igual que el grado leve y el menor porcentaje de estos pacientes con un 6.6% en un grado grave.



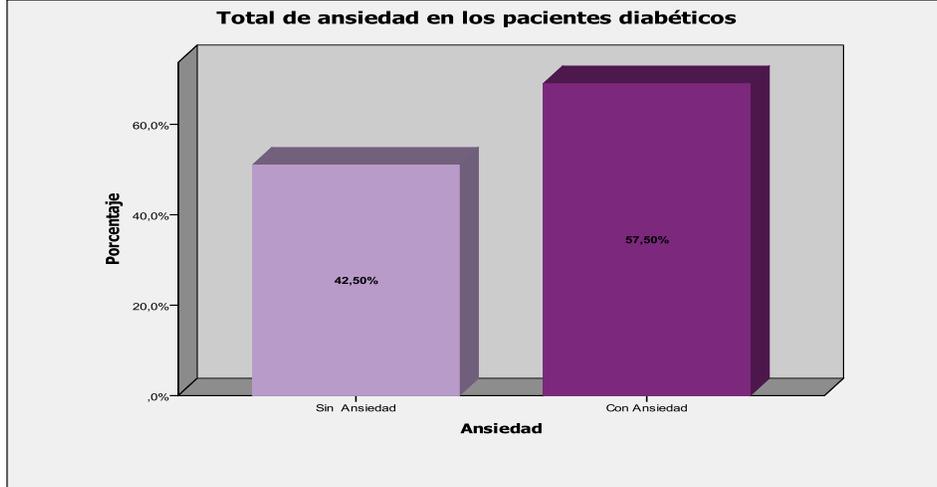
Fuente: encuestas aplicadas

Al relacionar la presencia de depresión con el tiempo de evolución de la enfermedad, la mayoría, el 12.5%, se encontró dentro del grupo de 1 a 5 años, seguidos por un 9.1% del grupo de más de 16 años, el 8.3% de 6 a 10 años, no se encontraron datos de depresión en el grupo de los menores de un año de evolución y del grupo de 11 a 15 años.



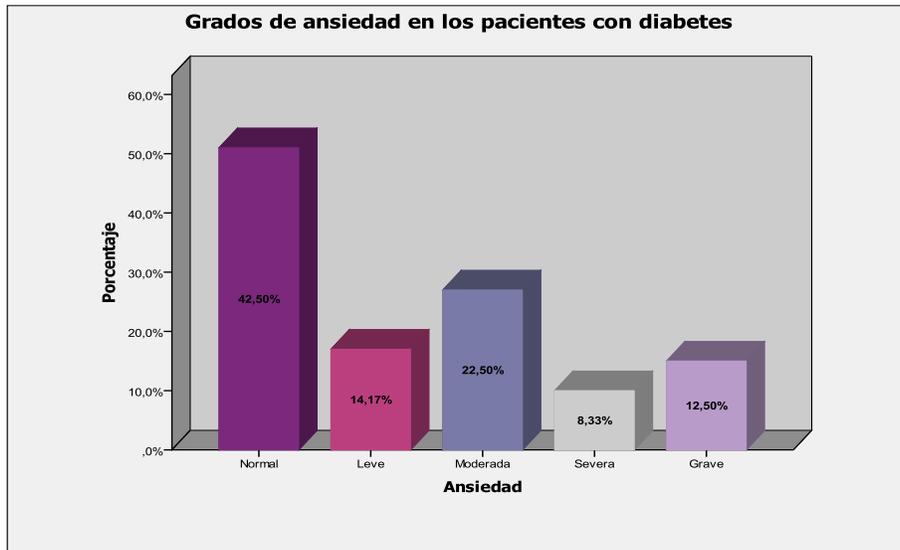
Fuente: encuestas aplicadas

Al relacionar el grado de depresión con el tiempo de evolución: En el grupo de menos de un año de evolución no se encontró ningún grado de depresión; de 1 a 5 años de evolución la mayoría se halló con depresión grave, de 6 a 10 años de evolución la mayoría se halló con depresión severa, sin hallazgos de depresión en el grupo de menos de 1 año de evolución y el grupo de más de 16 años de evolución se halló con un grado moderado.



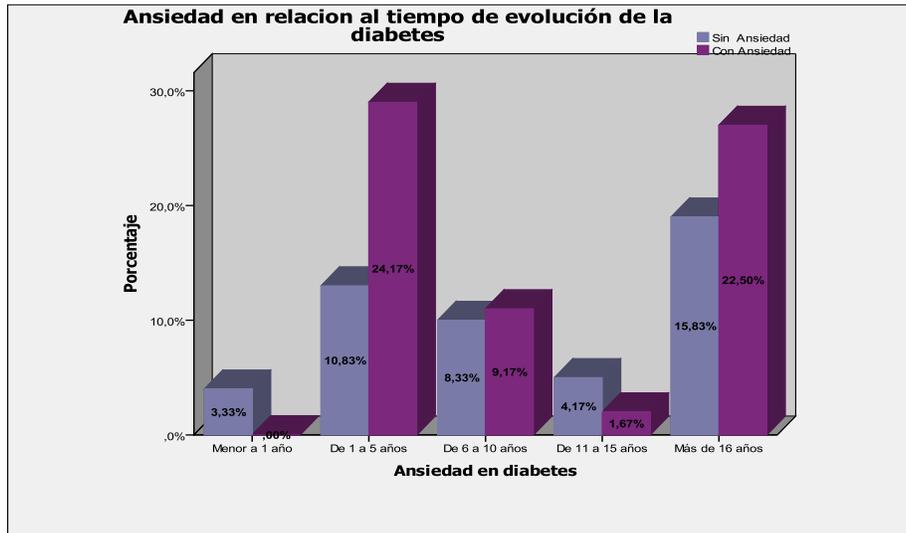
Fuente: encuestas aplicadas

De los 120 pacientes muestra encuestados, 42% no refirieron datos de ansiedad, el 57% se encontró con ansiedad.



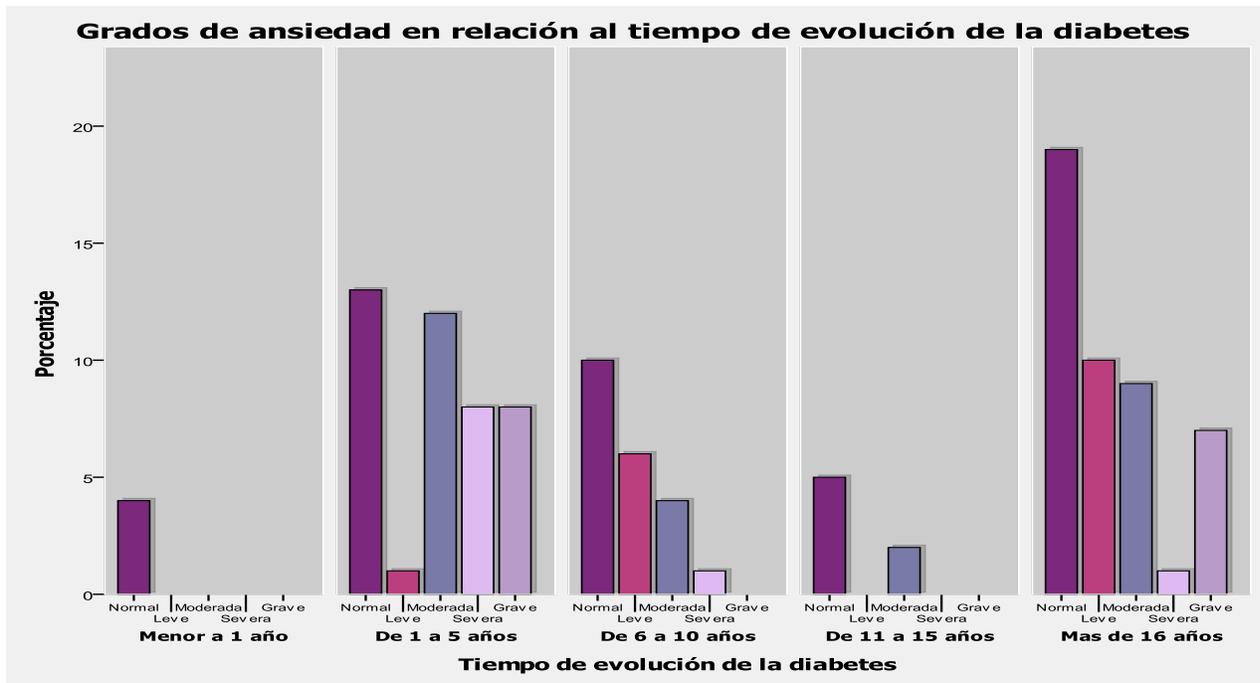
Fuente: encuestas aplicadas

En cuanto al grado de ansiedad: de todos los pacientes encuestados, el 22.5% tenían datos de ansiedad moderada; seguidos de un grado leve con un 14%, 12.5% en un grado grave; y solo un 8.3% con ansiedad severa.



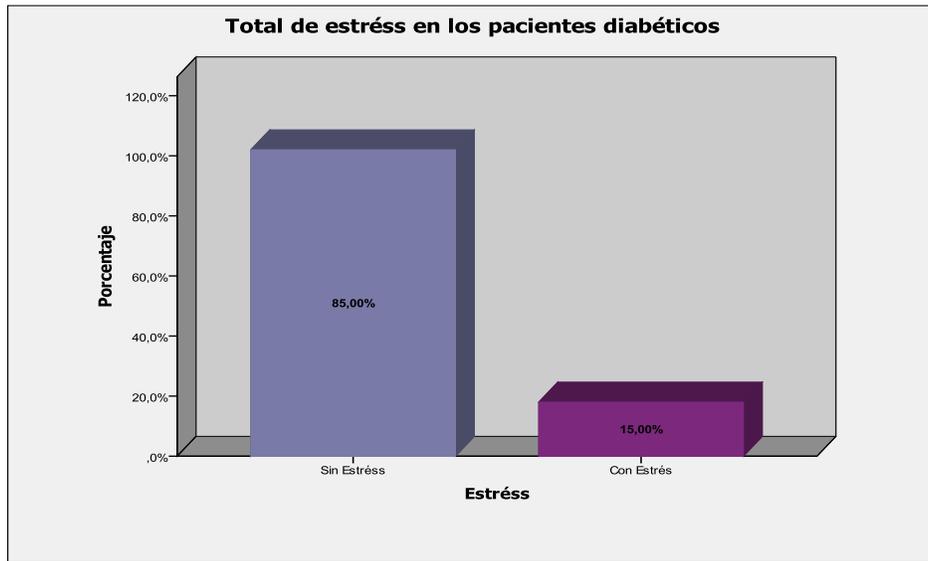
Fuente: encuestas aplicadas

Al relacionar la presencia de ansiedad con el tiempo de evolución de la enfermedad, la mayoría, el 24%, se encontró dentro del grupo de 1 a 5 años; seguidos por un 22.5% del grupo de más de 16 años; el 9.1% de 6 a 10 años; el 1.6% del grupo de 11 a 15 años, sin hallar ansiedad en el grupo de menos de un año de evolución.



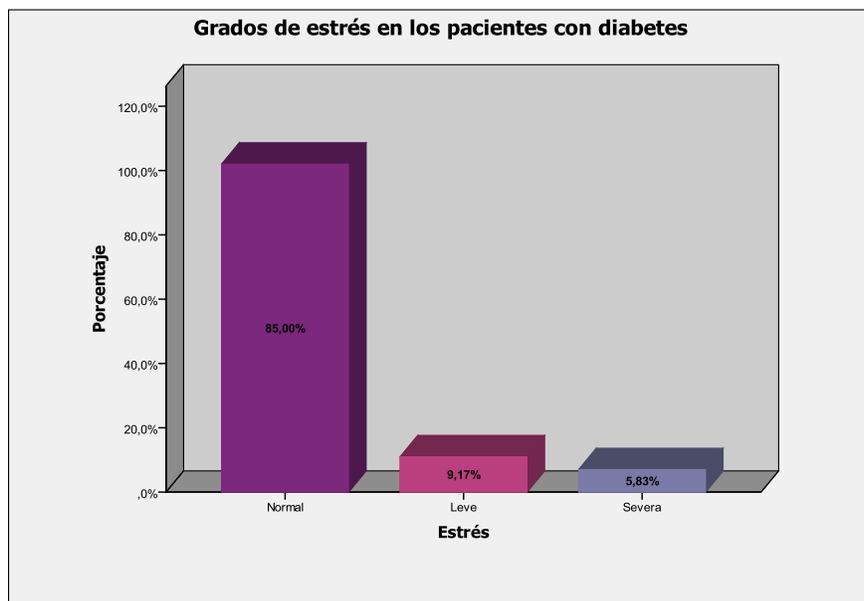
Fuente: encuestas aplicadas

Al relacionar el grado de ansiedad con el tiempo de evolución: En el grupo de menos de un año de evolución no se encontró ningún grado de ansiedad; de 1 a 5 años de evolución la mayoría se halló con ansiedad moderada, de 6 a 10 años de evolución la mayoría se halló con ansiedad leve, de 11 a 15 años solo en un grado moderado y con más de 16 años de evolución la mayoría con ansiedad leve.



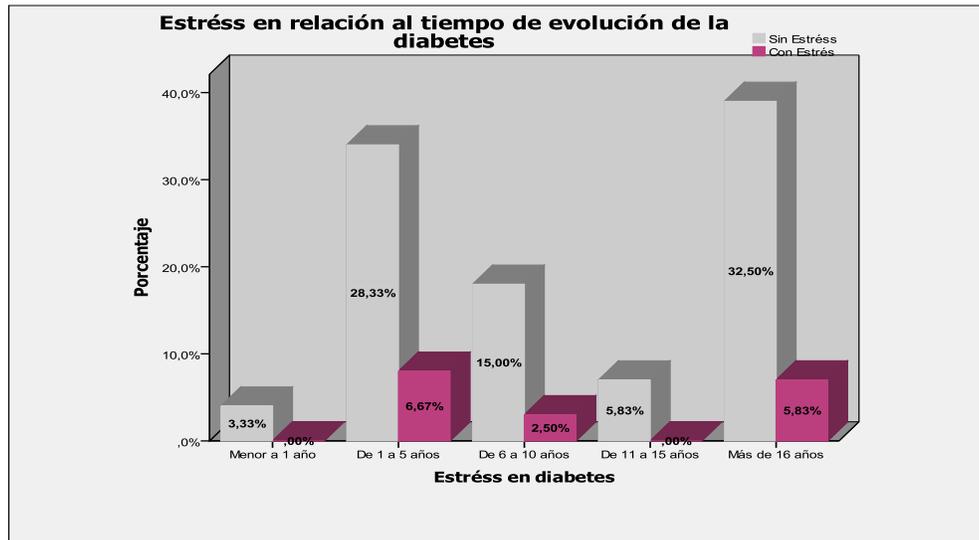
Fuente: encuestas aplicadas

De los 120 pacientes muestra encuestados, 85% no refirieron datos de estrés y solo el 15% se encontró con estrés.



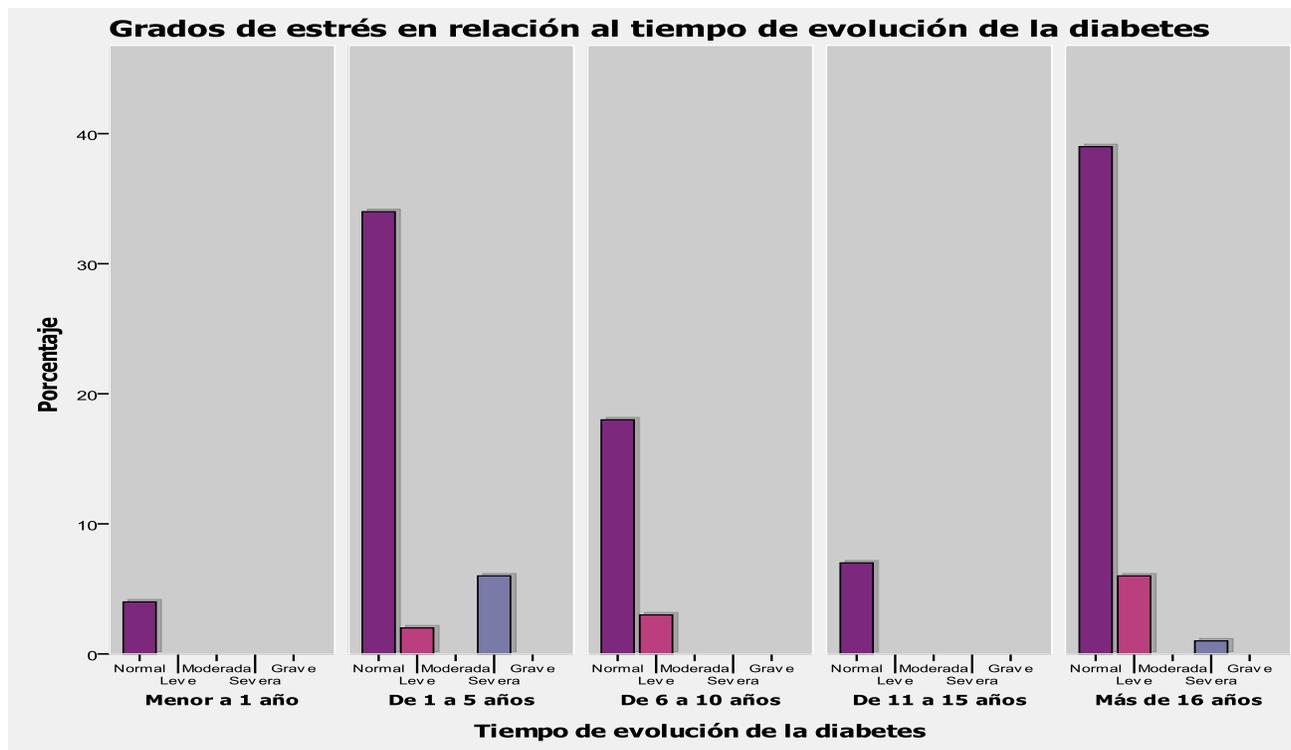
Fuente: encuestas aplicadas

En cuanto al grado de estrés: de todos los pacientes encuestados, el 9.1% tenían datos estrés leve; seguidos de un grado severo con un 5.8%, el resto se encontró sin estrés.



Fuente: encuestas aplicadas

Al relacionar la presencia de estrés con el tiempo de evolución de la enfermedad, la mayoría, el 6.6%, se encontró dentro del grupo de 1 a 5 años; seguidos por un 5.8% del grupo de más de 16 años; el 2.5% de 6 a 10 años; sin hallar estrés en los grupos de menos de un año de evolución y de 11 a 15 años.



Fuente: encuestas aplicadas

Al relacionar el grado de estrés con el tiempo de evolución: En el grupo de menos de un año de evolución no se encontró ningún grado de estrés; de 1 a 5 años de evolución la mayoría se halló con estrés severo, de 6 a 10 años de evolución la mayoría se halló con estrés leve, de 11 a 15 años no se encontró estrés y con más de 16 años de evolución la mayoría se halló con estrés leve.

5. DISCUSIÓN

Los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas mostro que la diabetes mellitus para el año 2000 dio una cifra de 10.9% de prevalencia en individuos mayores de 20 años, lo cual permite estimar actualmente la existencia de más de 6 millones de enfermos diabéticos⁽²⁾ Colunga y Cols. Refieren que esta no solo ocasiona daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, y que se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, siendo los más comunes la ansiedad y la depresión⁽⁹⁾ en este estudio al analizarse 3 factores psicológicos; se encontró que el 30% de los pacientes encuestados tenía depresión, un 57% ansiedad y solo un 15% estrés, coincidiendo con el autor.

Piqueras-Rodríguez nos dice que en los pacientes diabéticos la alteración emocional es alta y está asociada a la evolución degenerativa del padecimiento, siendo 2 veces más frecuente la ansiedad que la depresión,⁽¹⁰⁾ hecho que se demostró en este estudio al encontrar ansiedad en un 57% contra el 30% de depresión en los pacientes participantes; por otra parte al relacionar la presencia de ansiedad con el tiempo de evolución de la enfermedad, la mayoría, el 24%, se encontró dentro del grupo de 1 a 5 años; seguidos por un 22.5% del grupo de más de 16 años lo cual concuerda con este autor.

Garay-Sevilla y Cols. Comentan que en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación de salud-enfermedad, incluso niveles elevados de estrés se han asociado con descontrol metabólico y esto puede ser a través de dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, ejercicio y la medicación, favoreciendo un deterioro en el control metabólico; por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento en la secreción de hormonas contrareguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa.⁽¹²⁾ en este estudio se encontró que un 15% de los pacientes participantes presentaba datos de estrés, de este porcentaje un 6.6% en un grado severo en los primeros 5 años de diagnóstico de la enfermedad, lo que concuerda con el autor Garay-Sevilla.

Gaytán-Hernández nos hace saber que un aspecto peculiar es que los pacientes con diabetes en su gran mayoría refieren cambios de carácter durante el trascurso de su padecimiento. Mencionan que se vuelven irascibles, enojones, con ansiedad, desesperación coraje o depresión excesivos. De hecho, cuando los niveles de glucemia se elevan, un dato característico que reconocen en su cuerpo es que se vuelven más sensibles y reaccionan en forma desmedida ante estímulos externos, sobre todo a los que les provocan estrés emocional. Pocos refirieron estabilidad emocional constante, más bien presentan fluctuaciones variables entre estados de ansiedad y estados de depresión.⁽¹⁸⁾ en este estudio encontramos la presencia de depresión en su mayoría grave en el grupo de 1 a 5 años de evolución, un grado severo del grupo de los 6 a 10 años de evolución y en un grado moderado en los pacientes con más de 16 años de evolución y sin datos de depresión en los grupos de menos de un año y de 11 a 15 años de evolución.

En cuanto al factor ansiedad se encontró que los pacientes participantes presentaban ansiedad en un grado moderado en los primeros 5 años de la evolución al igual que en los pacientes con más de 11 años de evolución; y un grado leve de ansiedad en el grupo de 6 a 10 años de evolución. En relación al factor psicológico estrés, se encontró presente en un grado severo en el grupo de 1 a 5 años de evolución, en un grado leve de 6 a 10 años de evolución al igual que en el grupo de más de 16 años de evolución.

6. CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación se logro cumplir con los objetivos planeados. Se identificaron a pacientes diabéticos tipo 2 con ansiedad, depresión y estrés.

1.-Al identificar los datos socio demográficos de los pacientes encuestados se encontró en cuanto a la edad que la mayoría en un 35% correspondió al grupo de los 60 a los 69 años; el 54% fueron mujeres, el grado de estudios que predomino es el de secundaria; la mayoría de ocupación al hogar, el 90% profesa la religión católica; y un 65% con un estado civil de casados.

2.-Se identifico que la mayoría de los pacientes participantes, 38%, tenían más de 16 años de evolución de diabetes, y el grupo de menos de un año de diagnostico como la menor cantidad de pacientes participantes.

3.-Se encontró el factor psicológico de depresión en el 30% de los pacientes encuestados, predominando en el grupo de 1 a 5 años de evolución en un 12.5% y el grado severo fue el que más se presentó en un 8.3%.

4.-Se encontró el factor psicológico de ansiedad en un 57% de la población muestra, predominado en el grupo de 1 a 5 años de evolución en un 24% y el grado moderado el que más se presentó en un 22.5%.

5.-Se encontró el factor psicológico de estrés en un 15% de la población muestra, predominado en el grupo de 1 a 5 años de evolución en un 6.6%; y el grado leve fue el que más se presento en un 9.1%.

6.- En este estudio se demostró la presencia de estos tres factores psicológicos, de los cuales predomino la ansiedad en un 57%, seguida de la depresión en un 30% y solo un 15% de estrés.

Considerando el panorama epidemiológico de la diabetes tipo 2, las complicaciones y el alto costo global de la misma, no se subestimara que el control de la misma disminuiría el elevado coste social debido a las complicaciones que genera; la literatura informa de los factores psicológicos que impactan de forma importante en los individuos con diabetes, disminuyendo su capacidad de respuesta para manejarla adecuadamente, por lo tanto el tratamiento de este padecimiento no solo incluye manejo terapéutico y farmacológico. Se han revisado intervenciones que han de mostrado eficacia en el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva en enfermos crónicos y debemos tomar en cuenta que la prevalencia del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad es mayor en individuos con diabetes tipo 2 en comparación con la población en general. En los pacientes diabéticos la alteración emocional es alta y está asociada a la evolución degenerativa del padecimiento.

En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas, en este estudio se encontró que los tres factores psicológicos estudiados se encontraron en su mayoría dentro del grupo de 1 a 5 años de evolución, hallazgo de utilidad para intervenir buscando intencionadamente estos factores que podrían contribuir a un mal control de la enfermedad.

En la actualidad en un primer nivel de atención, ya no solo tiene la responsabilidad de realizar prevención primaria, pues la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad revelan que la prevención secundaria, es crucial para evitar complicaciones mediante el control de la diabetes debido a una alta comorbilidad de esta enfermedad con los trastornos ansiosos y depresivos.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zavala MR, Vázquez- Martínez O, Whetsell M. Bienestar Espiritual y Ansiedad en Pacientes Diabéticos. *Aquichan*. 2006; Vol. 6 N^o 1 (6):8-21.
- 2.- Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2. www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/DM-2.../1-Manual-SVEHDM.pdf
- 3.- Untiveros-Mayorga CF, Nuñez-Chavez O, Tapia-Zegarra LM, Tapia-Zegarra GG. Complicaciones Tardías en Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital II Essalud-Cañete. *Rev Med Hered*. 2004; 15(2):64-69.
- 4.- Standards of Medical Care in Diabetes—2009 American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2009. Vol. 32, supplements 1: S13-S61.
- 5.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.
- 6.- McPhee JS, Papadakis MA. *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. 47^a ed. México. Mc GrawHill, 2008: 685.
- 7.- Álvarez-Torrecilla LC, Lozano-Nuevo JJ, Vargas Ayala G, Rubio-Guerra A. Causas Principales Para el Desarrollo de Crisis Hiperglucémicas en pacientes con Diabetes Mellitus en la Secretaria de Salud del Distrito Federal. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51 (6):235-238.
- 8.- *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus-2009*. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2009; Vol. 32, Supplement 1:S62-S67.
- 9.- Colunga-Rodríguez C, García de Alba JE, Salazar-Estrada JG, Ángel-González M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México.2005. *Revista de Salud Pública* Print versión ISSN 0124-0064. 2008; 10(1):137-149.
- 10.- Piqueras-Rodríguez JA, Martínez-González AE, Ramos-Linares V, Rivero-Burón R, García-López LJ, Oblitas-Guadalupe LA. Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicol*. 2008; 15 (1):43-74.
- 11.- McGinnis RA, MD, McGrady A, y col. Biofeedback-Assisted Relaxation in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2005; 28(9):2145-2149.
- 12.- Garay-Sevilla ME. El Mundo Emocional del Paciente Diabético. Instituto de Investigaciones Médicas. Universidad de Guanajuato. maragaray@yahoo.com

- 13.- Florez I Formenti T. DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona. MASSON, 2003 PP: 529.
- 14.- Kaplan HI, Sadock BJ. Manual de Psiquiatría de urgencias. 1ra ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1996: 198.
- 15.- González de Rivera JL. Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad. Monografías de Psiquiatría, Health Soc Behav 1990; 3 (3):1-5.
- 16.- Lazcano-Ortiz M, Salazar-González BC. Estrés percibido y Adaptación en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Aquichan 2007; 7(001):77-84.
- 17.- Kato M, Noda M, Manami, Inoue M, Kadowaki T, Tsugane S. “Psychological Factors, Coffee and Risk of Diabetes Mellitus among Middle-Aged Japanese: a Population-Based Prospective Study in the JPHC Study Cohort” *Endocr J* 2009; 56 (3): 459-468.
- 18.- Gaytán-Hernández AI, García de Alba-García JE. El Significado de la Diabetes Mellitus tipo 2 Desde la Perspectiva del Paciente. Revista Médica del IMSS 2006; 44 (2): 113-120.
- 19.- Gurrola-Peña GM, Balcázar-Nava P, Bonilla-Muños MP, Virseda-Heras JA. Estructura factorial y Consistencia Interna de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una Muestra no Clínica. Psicología y Ciencia Social UNAM 2006; 3-7.
- 20.- Bados A, Solanas A, Andres R. Psychometric Properties of the Spanish Version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema* 2005; 17(4):679-683.
- 21.- Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation, 1995. [[Links](#)]
- 22.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
<http://www.bioetica.uchile.cl/doc/helsink.htm>
- 23.- Declaración de Ginebra. <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=243>
- 24.- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

8. ANEXOS

Anexo 2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN ESTUDIO

| NOMBRE DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | VALORES QUE TOMA LA VARIABLE |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------|---|
| SEXO | CUALITATIVA | NOMINAL | 1)FEMENINO 2)MASCULINO |
| EDAD | CUANTITATIVA | CONTINUA | 1)MENOR DE 50 AÑOS 2)DE 50 A 59 AÑOS 3)DE 60 A 69 AÑOS 4)DE 70 A 79 AÑOS 5)IGUAL O MAYOR DE 80 AÑOS |
| ESTADO CIVIL | CUALITATIVA | NOMINAL | 1)CASADO 2)SOLTERO 3)UNIÓN LIBRE 4)VIUDO 5)DIVORCIADO |
| ESCOLARIDAD | CUANTITATIVA | CONTINUA | 1)ANALFABETA 2)PRIMARIA 3)SECUNDARIA 4)PREPARATORIA 5)LICENCIATURA |
| RELIGION | CUALITATIVA | NOMINAL | 1)CATOLICA 2)CRISTIANA 3)TESTIGOS DE JEHOVA 4)OTROS 5)NO REYENTES |
| OCUPACION | CUALITATIVA | NOMINAL | 1)HOGAR 2)OBRERO 3)EMPLEADO 4)PROFESIONISTA 5)PENSIONADO |
| AÑOS DE DIAGNÓSTICO | CUANTITATIVA | CONTINUA | No CONSECUTIVO 1)MENOS DE 1 AÑO 2)1 A 5 AÑOS 3)6 A 10 AÑOS 4)11 A 15 AÑOS 5)16 A 20 AÑOS 6)MAS DE 16 AÑOS |

ANEXO 3

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

| | | | | | |
|-------|--|---|---|---|---|
| 1(A) | Me costó mucho relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2(A) | Me di cuenta que tenía la boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3(D) | No podía sentir ningún sentimiento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4(A) | Se me hizo difícil respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5(D) | Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6(A) | Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7(E) | Sentí que mis manos temblaban | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8(E) | Sentí que tenía muchos nervios | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9(E) | Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10(D) | Sentí que no tenía nada porque vivir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11(E) | Noté que me agitaba | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12(E) | Se me hizo difícil relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13(D) | Me sentí triste y deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14(E) | No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15(E) | Sentí que estaba al punto de pánico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16(D) | No me pude entusiasmar por nada..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17(D) | Sentí que valía muy poco como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18(A) | Sentí que estaba muy irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19(A) | Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico .. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20(A) | Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21(D) | Sentí que la vida no tenía ningún sentido..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

TABLAS DE RESULTADOS

Edad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Menor a 50 años | 10 | 8,3 | 8,3 | 8,3 |
| | 50 a 59 años | 32 | 26,7 | 26,7 | 35,0 |
| | 60 a 69 años | 42 | 35,0 | 35,0 | 70,0 |
| | 70 a 79 años | 27 | 22,5 | 22,5 | 92,5 |
| | Mayor o igual a 80 años | 9 | 7,5 | 7,5 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Sexo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Femenino | 65 | 54,2 | 54,2 | 54,2 |
| | Masculino | 55 | 45,8 | 45,8 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Escolaridad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Analfabeta | 3 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| | Primaria | 28 | 23,3 | 23,3 | 25,8 |
| | Secundaria | 43 | 35,8 | 35,8 | 61,7 |
| | Preparatoria | 28 | 23,3 | 23,3 | 85,0 |
| | Licenciatura | 18 | 15,0 | 15,0 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Ocupación

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Hogar | 62 | 51,7 | 51,7 | 51,7 |
| | Empleado | 24 | 20,0 | 20,0 | 71,7 |
| | Profesionista | 5 | 4,2 | 4,2 | 75,8 |
| | Pensionado | 29 | 24,2 | 24,2 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Religión

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Católica | 109 | 90,8 | 90,8 | 90,8 |
| | Cristiana | 8 | 6,7 | 6,7 | 97,5 |
| | No creyente | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Estado civil

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Soltero | 11 | 9,2 | 9,2 | 9,2 |
| | Casado | 78 | 65,0 | 65,0 | 74,2 |
| | Unión libre | 8 | 6,7 | 6,7 | 80,8 |
| | Viudo | 14 | 11,7 | 11,7 | 92,5 |
| | Divorciado | 9 | 7,5 | 7,5 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Tiempo de evolución de la diabetes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Menor a 1 año | 4 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | De 1 a 5 años | 42 | 35,0 | 35,0 | 38,3 |
| | De 6 a 10 años | 21 | 17,5 | 17,5 | 55,8 |
| | De 11 a 15 años | 7 | 5,8 | 5,8 | 61,7 |
| | Más de 16 años | 46 | 38,3 | 38,3 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Depresión

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Normail | 84 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| | Leve | 9 | 7,5 | 7,5 | 77,5 |
| | Moderada | 9 | 7,5 | 7,5 | 85,0 |
| | Severa | 10 | 8,3 | 8,3 | 93,3 |
| | Grave | 8 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Ansiedad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Normal | 51 | 42,5 | 42,5 | 42,5 |
| | Leve | 17 | 14,2 | 14,2 | 56,7 |
| | Moderada | 27 | 22,5 | 22,5 | 79,2 |
| | Severa | 10 | 8,3 | 8,3 | 87,5 |
| | Grave | 15 | 12,5 | 12,5 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

Estrés

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Normal | 102 | 85,0 | 85,0 | 85,0 |
| | Leve | 11 | 9,2 | 9,2 | 94,2 |
| | Severa | 7 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| | Total | 120 | 100,0 | 100,0 | |

ANEXOS.

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en la encuesta DASS-21.

El presente cuestionario tiene como propósito identificar la presencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herido (a), lastimado(a), o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminado así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica, integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario tiene 21 preguntas y se contesta en aproximadamente 20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si _____ No _____

Nombre y firma del paciente participante: _____

Nombre y firma del testigo (s): _____

Muchas gracias por su participación.

Nombre del investigador: Dra. Nubia Fabiola Monje Tenorio.

Dudas o aclaraciones:

Dr. Jafet Felipe Méndez López.

Prof. Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF No. 28 “Gabriel Mancera”.

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano.

Coordinadora clínica de Educación e Investigación en Salud.

Tel. 5559 6011 y 5559 6100 Ext. 21722.

ANEXO 2

INSTRUMENTO APLICADO (DATOS GENERALES)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES

NOMBRE: _____

FECHA DE APLICACIÓN _____ **NSS:** _____

I.-EDAD EN AÑOS:

1) MENOR DE 50 2) DE 50 A 59 3) 60 A 69 4) DE 70 A 79 5) IGUAL O MAYOR DE 80

II.-SEXO:

1) FEMENINO 2) MASCULINO

III.-ESCOLARIDAD:

1) ANALFABETA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 4) PREPARATORIA 5) LICENCIATURA

IV.-OCUPACIÓN

1) HOGAR 2) OBRERO 3) EMPLEADO 4) PROFESIONISTA 5) PENSIONADO

V.-RELIGIÓN:

1) CATÓLICA 2) CRISTIANA 3) TESTIGOS DE JEHOVA 4) OTRAS 5) NO CREYENTE

VI.-ESTADO CIVIL:

1) SOLTERO 2) CASADO 3) UNIÓN LIBRE 4) VIUDO 5) DIVORCIADO

VII.- ¿DESDE CUANDO SE LE DIAGNÓSTICO DIABETES MELLITUS TIPO 2?:

1) MENOS DE 1 AÑO 2) 1 A 5 AÑOS 3) 6 A 10 AÑOS 4) 11 A 15 AÑOS 5) MAS DE 16 AÑOS

CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

| | | | | | |
|-------|--|---|---|---|---|
| 1(A) | Me costó mucho relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2(A) | Me di cuenta que tenía la boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3(D) | No podía sentir ningún sentimiento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4(A) | Se me hizo difícil respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5(D) | Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6(A) | Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7(E) | Sentí que mis manos temblaban | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8(E) | Sentí que tenía muchos nervios | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9(E) | Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10(D) | Sentí que no tenía nada por que vivir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11(E) | Noté que me agitaba | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12(E) | Se me hizo difícil relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13(D) | Me sentí triste y deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14(E) | No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15(E) | Sentí que estaba al punto de pánico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16(D) | No me pude entusiasmar por nada..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17(D) | Sentí que valía muy poco como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18(A) | Sentí que estaba muy irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19(A) | Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico .. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20(A) | Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21(D) | Sentí que la vida no tenía ningún sentido..... | 0 | 1 | 2 | 3 |