



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Subdivisión de Medicina Familiar
Hospital De Gineco Obstetricia Con
Unidad De Medicina Familiar No. 60
Tlalnepantla de Baz, Estado de México**

**Título
Ansiedad En El Paciente Con Diabetes Mellitus
No Insulinodependiente En La Unidad
De Medicina Familiar No. 64**

**Trabajo para obtener el Título de Especialista en
Medicina Familiar**

PRESENTA

Rolando Arturo Rodríguez López

Tlalnepantla de Baz, Estado de México 2015





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.

ANSIEDAD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR ROLANDO ARTURO RODRÍGUEZ LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DRA ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD, ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



DR ENRIQUE CHAVEZ NIETO

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 60 "DR JESUS VARELA RICO"

DR ISAAC PÉREZ ZAMORA



COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD, HOSPITAL DE GINECO
OBSTETRICIA No. 60 "DR JESUS VARELA RICO"



DRA EUGENIA DEL ROCÍO RIVERA TELLO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES DEL IMSS, SEDE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 60 "DR. JESUS VARELA RICO"



H. G. O. M. F. 60
TLALNEPANTLA
JEFATURA DE EDUCACION MED.
E INVESTIGACION

**ANSIEDAD EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS NO
INSULINODEPENDIENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 64**

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

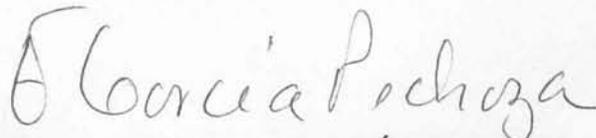
PRESENTA

DR. ROLANDO ARTURO RODRÍGUEZ LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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 y Ética en Investigación en Salud 1408
U MED FAMILIAR NUM 64, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 31/01/2013

DR. ROLANDO ARTURO RODRIGUEZ LOPEZ

P R E S E N T E

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

Ansiedad en el paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente en la unidad de medicina familiar No. 64

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2013-1408-1

ATENTAMENTE

DR. JORGE VELAZQUEZ BARRIENTOS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1408

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

Ten cuidado con lo que deseas, porque puede volverse realidad, y en este caso así fue, la realidad de obtener un grado más, mediante el sacrificio, el esfuerzo, y la tenacidad, el cual no sería posible sin la compañía y respaldo ya sea en su pensamientos o en su sacrificio físico, junto a mí o viendo y viviendo el tiempo pasar, y en muchos casos muchas personas con su ausencia y con el mínimo interés, todo eso logró el objetivo final.

En especial a mis padres, a Yanin, a Franco e Isaac por no tener otra opción más que esperar, y a Ricardo y Mauricio que siempre fueron parte de este motor y finalmente a la necesidad, porque es la madre de los éxitos en esta vida.

Indice	pág
Título.....	1
Agradecimientos.....	6
Resumen.....	9
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
Marco teórico.....	11
Planteamiento del problema.....	14
Justificación.....	15
Hipótesis.....	15
Sujetos, material y métodos.....	16
1. Características del lugar donde se realizará el estudio:.....	16
2. Diseño.....	16
3. Grupos de estudio del presente trabajo.....	16
3.1 Tamaño de la muestra.....	17
3.2 Definición de variables.....	18
3.2.1 Variables cualitativas:.....	19
3.3 Descripción general del estudio.....	20
3.4 Análisis de los datos:.....	21
Aspectos éticos.....	22
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	23
Análisis de resultados.....	24
[gráfica 1, sexo de la muestra].....	24
[Gráfica 2, edad y sexo].....	24
[Gráfica 3, escolaridad].....	25
[Gráfica 4, ocupación].....	25
[Tabla 1, ocupación].....	26
[Tabla 2, tiempo de evolución de DMNID].....	26
Discusión.....	31
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	34
Referencias Bibliográficas.....	35
ANEXO 1. Consentimiento informado.....	37

ANEXO 2 escala Hamilton.....	38
Anexo 3 encuesta sociodemográfica.....	40

Marco teórico

Con el incremento actual de la esperanza de vida de la población, las enfermedades crónicas suelen ser acompañantes cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura y la vejez¹. La Diabetes Mellitus es una de ellas.

La Diabetes Mellitus no insulino dependiente es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia provocada por defectos de la secreción o acción de la insulina². Es un padecimiento que de no ser tratado adecuadamente genera enfermedades cardiovasculares, ceguera e insuficiencia renal crónica. La Diabetes Mellitus ocupa uno de los primeros lugares como causa principal de consulta médica y mortalidad en la población adulta siendo un problema de salud serio, común, creciente y costoso³.

En el estudio TURDEP⁴ (turkish diabetes epidemiology study) que se enfoca a la población europea, se muestran reportes similares a los de Estados Unidos de América: una diabetes no diagnosticada de aproximadamente el 32% con una tendencia creciente cada año, también de la intolerancia a la glucosa, demostrando el problema global que representa esta patología. Llama la atención la paradoja hispánica que se ha documentado en Estados Unidos que se refiere a los latinos nacidos en ese país o los emigrados hacia allá la cual sostiene que pese a las desfavorables condiciones (mayor tendencia al desarrollo de diabetes, obesidad, menor estrato socio económico, y dificultades para obtener servicios de salud) tienen menor mortalidad por todas las causas cardiovasculares, que los blancos no hispánicos de ese país⁵, así que las expectativas de vida es mayor y el costo por los riesgos son mayores.

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades de la Secretaría de Salud de México calcula que existen 10.9 millones de personas con Diabetes Mellitus y que cada 2 horas mueren 11 debido a complicaciones de la misma⁵. De acuerdo a las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID) ocupa la segunda y tercera causa de los egresos hospitalarios, es la tercera causa de demanda de consulta médica en la consulta externa, en cuanto a la mortalidad pasó del cuarto

lugar en 1990 al tercero en el 2001 y el gasto originado por sus complicaciones es tres veces superior al costo del tratamiento control ^{6,7}.

De 1990 al 2005 la mortalidad por Diabetes Mellitus aumento a más del doble, de un 6.3% al 13.6% del total nacional de las muertes, de forma similar, fue el comportamiento de la mortalidad dentro del propio IMSS, llegando de un 10% de las defunciones institucionales hasta el 18% por ciento en el año 2005 ⁷. La prevalencia global de la Diabetes Mellitus en la población derechohabiente del IMSS es del 8.7%, presentando mayor incidencia en las mujeres que en los hombres, es además alarmante la falta de adherencia al tratamiento, que se reporta en el IMSS llegando a un 64%, el cual es mucho mayor que el reportado en estudios internacionales⁸, por lo que toma importancia el desarrollo e implementación de modelos de atención integral y la aplicación de estrategias que favorezcan a las personas con diabetes, a la familia y a la comunidad⁹.

Según los resultados del reporte de Vázquez-Martínez y cols., en el 2009, del total de los pacientes atendidos en medicina familiar en el IMSS aquéllas consultas en que el diagnóstico principal o secundario fuera el de Diabetes Mellitus fue superior a los 11.5 millones de consultas¹⁰.

Si analizamos que la proyección de personas con diabetes al 2030 será de 336 millones en el mundo contra las 171 millones actuales según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el panorama económico para los sistemas de salud no sería el más alentador^{11,12}, la modificación en los estilos de vida es la meta a lograr, pero es difícil su ejecución porque compete propiamente a la voluntad del paciente, la cual está influenciada por la interacción de aspectos de la vida cotidiana y la urbana: falta de tiempo, falta de tranquilidad y por ende ansiedad¹², agregándole la dificultad para obtener ayuda en este último ámbito; por lo que las condiciones sociodemográficas son relevantes; también es importante la aceptación de la enfermedad y tener en cuenta la percepción de la enfermedad misma por el paciente¹³ e identificar además los trastornos afectivos y de ansiedad, ya que el reconocerlos, atenderlos y manejarlos nos llevará a una mejora en la calidad de vida¹⁴.

Pese a la trascendencia de esta enfermedad y el impacto económico que eroga, sigue habiendo interrogantes en cuanto a la eficacia de la atención, ya que en la mayoría de los pacientes que ameritan internamiento debido a, o por su enfermedad

más de la mitad si habían sido atendidos en el mes previo en su consulta de control¹³; derivando en las múltiples complicaciones tanto en su persona como en la economía de las familias de estos pacientes y en los sistemas de salud en general como ya es ampliamente conocido, lo cual pone de manifiesto que la atención en primer nivel no está bien enfocada.

La atención médica actual exige centrar la atención médica en su persona y en su entorno, deben a su vez analizarse las motivaciones, las necesidades personales, los factores psicológicos, el ambiente familiar y las condiciones socio laborales del paciente, también se ha identificado la necesidad de incluir en el equipo de salud a psicólogos que coadyuven mediante estrategias educativas para el manejo de estrés, de la ansiedad y de la pérdida de la autoestima¹⁴, ya que las enfermedades médicas, en especial las crónicas como la diabetes aumentan la probabilidad de que una persona presente trastornos del humor como ansiedad¹⁵, el afrontamiento cognitivo y emocional ante situaciones estresantes debe de incluirse en el manejo inicial de un paciente con diabetes¹⁶.

El impacto físico de la diabetes está ampliamente documentado y es ampliamente reconocido el estrés como inductor de efectos negativos a la salud, y asociación con síndrome metabólico¹⁷ y en los pacientes con Diabetes Mellitus no insulino dependiente puede representar un incremento en el riesgo¹⁸ por la conocida asociación entre el estrés y la liberación de hormonas contra reguladoras, lo que lleva a malestares físicos y orgánicos que afectan la constancia o implementación de las actividades del paciente que se enfocan al autocuidado de la salud como son el apego a la dieta y al ejercicio, con todo esto la carga psicológica de la enfermedad ha sido relativamente poco abordada⁵. En el estudio de Gómez-Rocha y cols.⁶, determinaron que los problemas psicosociales son fácilmente identificables y que afectan de manera importante en las personas con diabetes e influyen sobre su capacidad para controlar la afección y sus complicaciones físicas afectando el control de la glucosa, esto probablemente porque les cuesta trabajo seguir las instrucciones médicas, en un estudio en mujeres con diabetes se identificó que la pérdida de energía y los cambios en la alimentación afectan el autocuidado en un círculo vicioso sin fin¹⁹.

La persona con diabetes puede desarrollar casi cualquier síndrome psiquiátrico siendo los más comunes el trastorno por ansiedad y la depresión y recientemente se están asociando desde el síndrome metabólico, no obstante se conoce poco acerca de la magnitud del problema^{20, 21}, a pesar de que las complicaciones micro y macro vasculares y la mortalidad, la elevación en el costo de la atención en la asociación diabetes y depresión están más que demostradas²².

Estudios reportan que los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, no sólo son afectados físicamente, sino que también desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de quienes las padecen. Unas de esas alteraciones emocionales son los cuadros de ansiedad o angustia que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo entre otras conductas reactivas o estresantes²³.

Entre las diversas definiciones del concepto de ansiedad se encuentra la de Lazarus quien la describe como una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada por éste como amenazante o superior a sus recursos, y que pone en riesgo su bienestar. Spielberger señala el estado de ansiedad como sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, la aprehensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo.

La capacidad de resistencia ante la ansiedad varía entre las personas, dependiendo del funcionamiento físico, de las capacidades de afrontamiento y de la duración e intensidad de los periodos de ansiedad experimentados.

Los trastornos de ansiedad son los más comunes, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, prevalencia del 12%, con un inicio temprano desde los 15 años de edad, alcanzando su mayor presencia entre los 25 y 45 años de edad, es más frecuente en hombres que en mujeres, la prevalencia en México es del 14.3%²⁸. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de ansiedad son historia familiar de ansiedad,

antecedente personal de ansiedad en la niñez, incluyendo timidez marcada, eventos de vida estresantes y/o traumáticos incluyendo abuso, sexo femenino, comorbilidad con depresión y existencia de una enfermedad médica y el abuso de sustancias³⁰.

La función de rol del individuo se ve afectada en cuestiones laborales, familiares y sociales²³.

La asociación que existe para que la ansiedad desarrolle enfermedades cardiovasculares no está clara, sin embargo las propuestas que quieren o intentan hacerlos argumentan el aumento en los biomarcadores inflamatorios, dislipidemia, disfunción endotelial y patrones de comportamiento; sin embargo la evidencia determina que durante estados de estrés agudo la liberación de estas sustancias se presentan y se extienden hasta la cronicidad, los niveles se asemejan a los vistos en los pacientes con estrés postraumático. Se ha demostrado entonces que la ansiedad se asocia con la elevación de biomarcadores inflamatorios y marcadores de disfunción endotelial que pueden explicar en parte la asociación de la ansiedad con las enfermedades cardiovasculares²⁴.

También se ha observado que la gente con diabetes tiene mayores niveles de alteraciones psicopatológicas que la población general, la depresión también es una de ellas, hasta un 37% de los pacientes la padecen¹⁹ esto puede deberse a diferencia de otras enfermedades a que la diabetes es un factor de riesgo significativo para numerosas patologías debilitantes o fatales, así como que un gran número de complicaciones de la diabetes per se han sido asociados con altos niveles de ansiedad y depresión²⁵.

Los investigadores han sugerido que la presencia de síntomas ambiguos que se superponen tales como hiporexia, irritabilidad, dificultades cognitivas, aumento de peso y fatiga conducen al subdiagnóstico de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad que puede tener graves consecuencias negativas para los pacientes de diabetes²⁵. Se ha observado una presencia de sintomatología ansiosa en un 49.2% de los pacientes diabéticos, siendo el sexo femenino quien conlleva el doble de riesgo de presentarlos²⁵.

Se ha demostrado que existe una relación positiva entre el estrés psicológico y la presencia de síntomas y estado ansioso.

Los estresores incluyen dolor, mal funcionamiento corporal, amenaza de la vida, cambios en los estilos de vida, dependencia, riesgos de autocuidado, amenazas a la dignidad, disminución de la autoestima, cambios en las expectativas futuras.

Se cree que la presencia de estresores puede predecir y propulsar la presencia de estado ansioso²⁶.

La escala de Hamilton para ansiedad (HARS) es un instrumento de 14 preguntas que evalúa la intensidad de la ansiedad, tiene una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.79-0.86, confiabilidad de retest a un día y a la semana de $r=0.96$, además de validez, es ad, más sensible a cambio tras tratamiento³⁰.

El uso de este inventario tiene un nivel de recomendación en la guía de práctica clínica del IMSS para el manejo de ansiedad en el adulto en donde además recomiendan el inicio del tratamiento lo antes posible al llegar al diagnóstico,

La atención médica de los pacientes con Diabetes Mellitus resulta un reto para cualquier institución de salud; el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza esfuerzos ininterrumpidos para dar una cobertura total a este grupo de pacientes, con programas innovadores que permitan una mayor calidad de vida a los afectados⁹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es en la actualidad un problema de salud pública en México el 32% de las personas no tienen aún el diagnóstico de la enfermedad y ya cursan con ésta, se calcula que existen 10.9 millones de personas en México con Diabetes Mellitus y que cada 2 horas mueren 11 debido a complicaciones de la misma, esta patología condiciona un elevado costo desde su detección, control periódico, tratamiento y atención de secuelas, a un número creciente de personas de todas las edades.⁵⁻⁶

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes, suelen iniciar en la adolescencia y tienen su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva. La mayoría de estos pacientes tardan en buscar atención con la consecuente cronicidad y discapacidad asociada²⁸.

Debido al incremento en el número de pacientes con Diabetes Mellitus con descontrol glucémico crónico en la consulta diaria en el primer nivel de atención⁹, las referencias a segundo y tercer nivel, cada vez mayores para la atención de las complicaciones de estos pacientes, pese a que ellos refieren llevar un adecuado régimen alimenticio, así como realización de actividad física y apego a su tratamiento medicamentos, nos lleva a cuestionar si el abordaje que se hace a estos pacientes sea el adecuado. Será posible que alguna entidad agregada este sub atendida y se la causante de este descontrol.

Los trastornos psicosociales afectan negativamente la vida de las personas con Diabetes Mellitus⁶, existen escasos artículos científicos en la literatura nacional en población mexicana al respecto y, si las personas con diabetes pueden desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo la ansiedad uno de los trastornos más comunes²⁰, surge la duda de si esta asociación pueda tener algún efecto negativo en el descontrol y complicaciones de la Diabetes Mellitus.

La presentación de estas dos enfermedades es predominantemente en la etapa de la vida más productiva; si se ha documentado que el estrés eleva marcadores biomédicos que derivan en resultados hematológicos similares a las patologías metabólicas, si se encuentra un riesgo del doble de presentar a ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus, si estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, han

evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre³⁰, es entonces que la atención en medicina familiar debe de dirigir a la detección oportuna de patologías, de buscar intencionadamente asociaciones nocivas, por lo que la pregunta de investigación del presente estudio es:

¿Qué nivel de ansiedad se presenta en los pacientes con Diabetes Mellitus no insulino dependiente en la unidad de medicina familiar número 64 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

La atención de la Diabetes Mellitus es de gran importancia en la práctica médica actual debido a los altos índices de estas patologías en la consulta diaria, se estima un número de 170 millones en todo el mundo con una tendencia a duplicarse para el año 2030, en México se sospecha que aumentará de 6.8 millones a 11.9 millones de mexicanos con esta patología, siendo la diabetes mellitus la primera causa de muerte en el país, su atención consume entre el 4.7 y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud del país. Sin embargo la atención de esta patología se centra únicamente en eso, la atención de la diabetes nada más, las estrategias de salud de los pacientes diabéticos están encaminadas al autocuidado de la salud, sin embargo los controles de glucosa no son óptimos, las referencias a segundo y tercer nivel no parecen mostrar reducción de las complicaciones de esta patología, la evidencia sugiere que la ansiedad reduce notablemente el apego de los pacientes a estos programas, así como una relación entre la presencia de ansiedad y mal control metabólico.

La presencia de ansiedad en la población general es de 12% a nivel mundial para la ansiedad y una prevalencia del 14.3% en México.

Los reportes en diversos estudios son poco consistente reportan una presencia de ansiedad del 8% (Guadalupe Fabián-San Miguel et al)³³ y del 50% con un nivel de ansiedad moderada (Zavala Vázquez et al)²³ un 68% de ansiedad en pacientes diabéticos sin diagnosticar y de un 94.4% en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus Salazar-Estrada et al)³⁴.

Es evidente el reto de lograr apego terapéutico (lo que es una de las máximas en medicina familiar) para prevenir complicaciones sin embargo si la comorbilidad con la ansiedad es un factor presente para el no cumplimiento de esto es preciso la identificación oportuna de esta asociación, mediante la aplicación de un instrumento validado de fácil aplicación, que permita tomar decisiones para obtener las metas terapéuticas en la diabetes mellitus, así como brindarle la atención oportuna a un trastorno psicológico frecuente y de gran trascendencia en la vida social y familiar.

Objetivo general

Identificar el grado de ansiedad en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64 del IMSS.

Objetivos específicos

Identificar el control glucémico en el paciente con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar el sexo de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar la edad de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar la escolaridad de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar el estado civil de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar el aporte al ingreso familiar de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

Identificar el nivel de ingresos de los pacientes con ansiedad y Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64.

64.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue: Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo en el periodo comprendido desde el 1 de marzo del año 2013 al 28 de febrero del 2014,

El estudio se realizó con pacientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 (UMF64) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), perteneciente a la delegación jurisdiccional número 15 del mismo instituto llamada Estado de México Oriente, ubicada la colonia Tequesquináhuac en el municipio de Tlalnepantla de Baz, del mismo estado.

La población adscrita a esa unidad médica llega proveniente de una zona geográfica amplia que abarca otros municipios tales como Tlalnepantla, Cuautitlán Izcalli, Tultitlán y Tultepec. La forma habitual para llegar en transporte público que circula por la vía Dr. Gustavo Baz.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo de la muestra fue en base a la fórmula diseñada a estudios para determinar parámetros de proporción en una población finita.

El número de pacientes con DMNID de la UMF 64 en el año 2012 son de 20'510, de los que 16'485 fueron aquellos en los que el diagnóstico fue de Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, con este dato se desarrolló

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

Dónde:

N = Total de la población

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en su investigación use un 3%).

Cálculo muestra: Población de 16'872 pacientes

Confidencialidad .95

Margen 0.5

Probabilidad .50

Total 357

Se le sumó el 20% por perdidas.

El Total fue de 428 pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- a. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente (de acuerdo a criterios internacionales establecidos; *Pacientes con síntomas como poliuria, polidipsia, pérdida de peso y/o polifagia acompañado de una glicemia mayor o igual a 200mg/dl a cualquier hora del día sin relación con el tiempo del último alimento²⁵) no importando tiempo de evolución. O mayor a 126mgs/dl en ayunas. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente controlados o con glucemia menor a 126mg/dl en ayunas.
- b. Pacientes con Vigencia de derechos el día de la aplicación de la encuesta.
- c. Pacientes que se encuentren con un mínimo de edad de 30 años
- d. Pacientes que deseen llenar la encuesta

Criterios de exclusión

- e. Pacientes con déficit neurológico que impida el habla o la comunicación coherente.
- f. Pacientes con retraso mental en cualquier grado.

Criterios de eliminación

- g. Pacientes que no contesten la evaluación íntegramente.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable: Ansiedad

Definición conceptual: Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción

adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos o psiquiátricos (Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto).

Definición operativa: Estado de preocupación y tensión permanente sin motivos aparentes en donde predominan las quejas de sentirse nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigo y molestias epigástricas. Hay un constante estado de alerta anticipatorio de un desastre o preocupación excesiva por dinero, familia, salud o el trabajo.

Escala de medición: Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), medidos en 14 ítems que se evalúan en una escala de 0 al 4, 0= ausente, 1= leve, 2= moderado, 3= severo, 4= grave.

La suma de los resultados nos otorgará la calificación del grado de ansiedad: Más de 15 puntos ansiedad moderada o grave, de 6 a 14 puntos ansiedad leve, 5 o menos remisión de la ansiedad o ausencia de esta.

Nombre de la variable: Grupo de edad

Definición conceptual: Grupo de personas quienes comparten una misma edad o viven en una determinada época histórica en común.

Definición operativa: Agrupación de la muestra en grupos coetáneos en rango de 10 años.

Escala de medición: A: 30-39 años, B: de 40-49 años, C: de 50-59 años cumplidos, D: de 60 años o más.

Nombre de la variable: Tiempo de evolución de Diabetes Mellitus

Definición conceptual: Tiempo en años, que tiene el diagnóstico médico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente el paciente hasta el momento de la aplicación de la encuesta.

Definición operativa: Agrupación de la muestra en grupos en rango de menos de un año, de 1 a 4 años de 5 a 9 años y más de 10 años de evolución.

Escala de medición: A: menos de un año, B: entre 1 y 4 años, C: entre 5 y 9 años, D: más de 10 años

Nombre de la variable: Ingreso económico mensual.

Definición conceptual: Cantidad en pesos que recibe la familia por parte del jefe de familia o por más miembros de ésta, que estén destinados para los gastos de las necesidades básicas (alimento, vestido, insumos básicos, diversión)

Escala de medición:

1: menos de \$2000.00 pesos (estimando que el salario mínimo es de \$62.33 pesos diarios según la zona geográfica A según información de la página de internet del SAT da un total mensual de \$1'869.90),

2: de \$2'000.00 hasta \$4'999.99,

3: de \$5'000.00 hasta \$9'999.99,

4: de 10'000.00 hasta \$14'999.99,

5: más de \$15'000.00 pesos.

Nombre de la variable: Apego a tratamiento.

Definición conceptual: Es el adecuado cumplimiento de las indicaciones farmacológicas que determinó el médico tratante, en tiempo y forma.

Definición operacional: Es el cumplimiento adecuado posológico de las indicaciones farmacológicas, en cuanto a dosis, frecuencia y días de tratamiento.

Escala de medición: A: Siempre (todos los días de la semana en las dosis indicadas y en los horarios indicados),

B: Casi siempre (cuando no logra cumplir en los 7 días todas las dosis o los horarios, pero si lo hace entre 5 y 6 días de la semana),

C: A veces (cuando los días que logra cumplir su tratamiento de forma adecuada es de 3 a 4 días de la semana),

D: Casi nunca (el cumplimiento en dosis y horarios lo realiza solo 1 o 2 veces al día),

E: Nunca (cuando el paciente toma sus medicamentos sin tener en cuenta horarios ni dosis, o cuando los toma de acuerdo a sus propias necesidades: Cuando lo recuerda, cuando se siente mal toma doble, si ya se le va a acabar el producto toma menos para que le alcance, etc.).

Nombre de la variable: Sexo.

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en los animales y en las plantas.

Escala de medición: M: Masculino (hombre), F: Femenino (mujer)

Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual: Tiempo en el que un alumno acude a la escuela o cualquier centro de enseñanza y obtiene algún grado.

Definición operacional: Primaria incompleta: quienes no completaron los 6 años de este grado. Primaria completa: los que concluyeron los 6 años de este grado. Secundaria incompleta: quienes no completaron los 3 años de este grado. Secundaria completa: los que concluyeron los 3 años de este grado, y los previos. Bachillerato incompleto: Quienes no completaron los 3 años de este grado. Bachillerato completo: los que concluyeron los 3 años de este grado y los de los grados previos. Licenciatura incompleta: quienes no completaron los años requeridos de este grado. Licenciatura completa: los que concluyeron los años requeridos de este grado y los de los grados previos. Maestría o posgrado: quienes concluyeron los tiempos y requisitos requeridos en ese grado, y de los grados previos. Analfabeta: aquellas personas que no saben leer o escribir, pese a haber cursado alguno o algunos años de escuela.

Escala de Medición: A: primaria incompleta, B: primaria completa, C: secundaria incompleta, D: Secundaria completa, E: Bachillerato incompleto, F: Bachilleratos completos, G: Licenciatura incompleta, H: Licenciatura completa, J: Maestría o posgrado, K: Analfabeta.

Nombre de la variable: Estado civil.

Definición conceptual: Situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece derechos y deberes.

Definición operacional: Si bien es cierto que la legislación, existen solo dos estados civiles (soltero y casado). En el presente trabajo se abarcaron los estados civiles que usualmente se enuncian en la sociedad. Soltero, casado, viudo, divorciado, separado y unión libre.

Escala de medición: A: Soltero, B: Casado, C: Viudo, D: Separado, E: Divorciado, F: Unión libre.

Nombre de la variable: Cooperación con el gasto familiar.

Definición conceptual: La participación económica para el gasto familiar, como miembro de esa familia, de manera formal o informal.

Definición operacional: Si el paciente encuestado, aporta económicamente, cualquiera que sea el monto para el pago de cualquier servicio o necesidad de los miembros de la familia de manera regular.

Escala de medición: A: si coopera, B: no coopera.

Nombre de la variable: Ocupación

Definición conceptual: Actividad de trabajo o social caracterizada por un conjunto de actividades, tareas u operaciones de una persona.

Escala de medición: 1. Obrero, 2. Ama de casa 3. Empleado calificado. 4. Jubilado 5. Otras, 6. Ninguna.

Nombre de la variable: Control glucémico.

Definición conceptual: Valores de glucemia en ayuno, máximos, para retardar la presencia de complicaciones micro y macro vasculares.

Definición operacional: cifras de glucemia menores a 140 mg/dl, según reporte de laboratorio de la UMF 64

Escala de Medición:

- 1.- bueno hasta 110mg/dl,
- 2.- control regular de 110 a 140mg/dl y
- 3.- control malo mayor de 140mg/dl de glucosa en sangre en ayunas.

Método de trabajo del presente estudio.

Se obtuvo el número de pacientes desde la base de datos del servicio de área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC) de la UMF 64, en donde mediante búsqueda de diagnósticos clasificados en el CIE-10 como E-11 Diabetes Mellitus no insulino dependiente nos otorgó el número total de pacientes con diagnóstico de

Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64; a partir de este dato se determinó el tamaño de la muestra en base a la fórmula diseñada a estudios para determinar parámetros de proporción en una población finita, una vez obtenido el número de sujetos, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia en la consulta externa en la sala de espera de la UMF 64 a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente; se les proporcionó un cuestionario realizado ex profeso en la UMF 64 validado por constructo que incluye datos sociodemográficos y la Escala de medición de ansiedad de Hamilton, publicada en las guías de práctica clínica del IMSS (anexos 2 y 3).

Descripción general del estudio

El presente estudio analizó la presencia de ansiedad en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente y los aspectos sociodemográficos del grupo de estudio. La recolección de datos se realizó mediante el llenado de la encuesta de ansiedad (anexo 2) y datos sociodemográficos (anexo 3) realizada ex profeso para este estudio en la UMF 64 para este trabajo en específico que incluye variables nominales dicotómicas, politómicas y abiertas que consta de dos partes, la primera de dos páginas comprende la escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) publicada en la página 38 de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad en el adulto, que consta de 14 reactivos para calificar de forma numérica el nivel de presencia de ansiedad en cada paciente que corresponde de la siguiente manera: 0= ausente, 1= leve, 2= moderado, 3= severo y 4= grave o totalmente incapacitado, la segunda parte es un cuestionario de 10 ítems de opción múltiple que incluye rango de edad, tiempo de evolución, ingreso mensual familiar, apego al tratamiento, sexo, escolaridad, estado civil, cooperación con el gasto familiar, ocupación y último nivel de glucosa. La encuesta fue llenada mediante entrevista por el autor a cada paciente que tenía el diagnóstico de Diabetes Mellitus según informaban las asistentes médicas de los consultorios de la UMF 64 de ambos turnos. Se les solicitó previamente el llenado del consentimiento informado aceptando participar en el estudio, una vez obtenida la muestra para el estudio esta información fue codificada, y posteriormente vertida en una hoja de

cálculo de computadora mediante la cual se realizaron tablas dinámicas en las que mediante conjugación de variables se buscó demostrar los objetivos de este trabajo.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron codificados de acuerdo a la letra que corresponda a los incisos de cada uno de los reactivos de la encuesta sociodemográfica, los cuales a su vez se convirtieron para el proceso de análisis a números ordinarios realizándose tablas dinámicas y gráficas dinámicas cruzando desde grupo étnico y sexo, cada una de las demás variables sociodemográficas y la ansiedad, siendo las de mayor relevancia la ansiedad, el control glucémico. En cuanto a la escala de Hamilton se agruparon posterior a la sumatoria que aporte el total de los 14 ítems a evaluar en: 1 si el resultado fue entre 0 a 5 puntos (que representa ausencia o remisión del trastorno), 2 si el resultado fue entre 6 y 14 puntos (que corresponde a ansiedad leve) y 3 si el resultado fue mayor o igual a 15 puntos (que representa ansiedad moderada o grave. Los datos obtenidos se analizaron en programa SPSS versión 19.

Aspectos éticos

Se respetaron todos los principios éticos para la investigación. El presente estudio no presenta riesgo alguno en materia de salud para cada uno de los participantes ya que los datos que se obtengan son puramente informativos, y no se requieren datos de información personalizada, no se requiere anotar nombre o número de afiliación. Y en el orden de apego a las normas éticas y al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

El presente estudio fue con fines de investigación clínica, se proporcionó hoja de consentimiento informado (anexo 1), conforme a la Declaración de Helsinki. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas se basa en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguarda de los intereses de las personas prevaleció siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Se respetó siempre el

derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Se adoptaron todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

El beneficio que se ofreció a los participantes fue el de identificar nuevas perspectivas en el abordaje de su enfermedad para desarrollar nuevas estrategias encaminadas a la atención integral de su patología en el paciente con esta enfermedad.

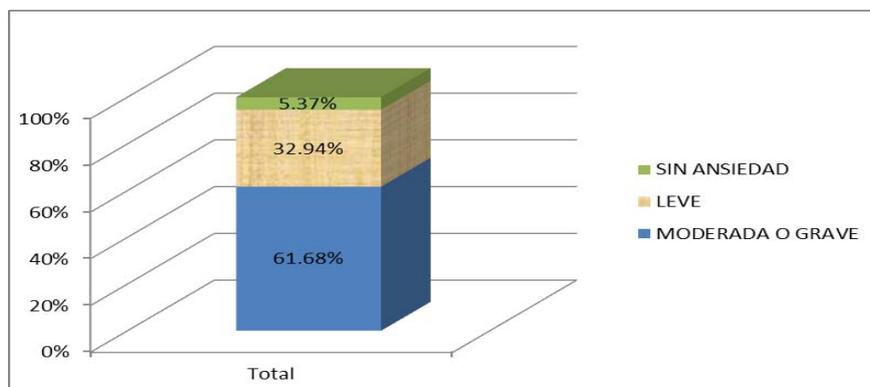
La confidencialidad se garantizó toda vez que no fue necesario anotar nombre, o número de afiliación. Al terminar la investigación se repartirán folletos informativos de los resultados que arrojó la investigación así aquellos que participaron podrán conocer los resultados así como se anunciara por medio de perifoneo las conclusiones del trabajo de investigación.

RESULTADOS

Se analizaron 428 encuestas diseñadas específicamente para el presente estudio que incluía un apartado de datos sociodemográficos (anexo3) y generales de su patología actual y la escala de Hamilton para la detección de ansiedad (anexo2) que se encuentra en la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad²⁶.

En los resultados obtenidos de este muestreo se observó ansiedad en cualquier nivel en el 94.63% (n=405) de la muestra general. Siendo para ansiedad de moderada a grave el 61.68% (n=264), para ansiedad leve el 32.94% (n=141) y para los casos sin ansiedad el 5.37% (n=23). (Gráfica 1)

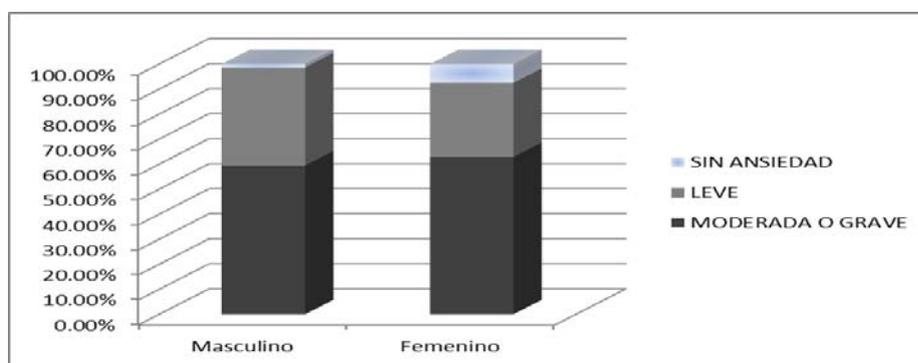
Gráfica 1.- Ansiedad



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

En cuanto a la presencia de ansiedad en cualquier grado leve y moderada a grave por sexo fue para el sexo femenino de 98.65% (n=259) y para el sexo masculino de 92.5% (n=146) como se observa en la gráfica 2

Gráfica 2.- Ansiedad por sexo



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

La ansiedad moderada a grave como ya se mencionó fue de 61.68% (n=264), de los que para el sexo masculino su presencia fue de 33.33% (n=88) y para el sexo femenino de 66.67% (n=176).

Para la ansiedad leve el total general fue de 32.94% (n=141), de los que el masculino formó el 41.13% (n=58) y para el femenino del 58.87 (n=83).

Se encontró sin ansiedad a el 5.37% (n=23) de la muestra general, de los que el masculino representó el 8.69% (n=2) y el femenino el 91.30% (n=21).

Tabla 1. Grados de ansiedad

Tabla de grado de ansiedad, grupo de edad y sexo			
Grado y grupo de edad	Femenino	Masculino	Total muestra
MODERADA O GRAVE	176 (66.66%)*	88 (33.33%)*	264 +(61.68%)
30-39 AÑOS	38 (21.59%)	25 (28.41%)	63 (23.86%)
40-49 AÑOS	73 (41.48%)	27 (30.68%)	100 (37.88%)
50-59 AÑOS	50 (28.41%)	27 (30.68%)	77 (29.17%)
60 O +	15 (8.52%)	9 (10.22%)	24 (9.09%)
* porcentaje referente al grado de ansiedad + porcentaje del total de la muestra			
LEVE	83 (58.86%)*	58 (41.13%)*	141 +(32.94%)
30-39 AÑOS	1 (1.20%)	1 (1.72%)	2 (1.42%)
40-49 AÑOS	28 (33.73%)	7 (12.07%)	35 (24.82%)
50-59 AÑOS	27 (32.53%)	23 (39.66%)	50 (52.48%)
60 O +	27 (32.53%)	27 (46.55%)	54 (38.29%)
* porcentaje referente al grado de ansiedad + porcentaje del total de la muestra			
SIN ANSIEDAD	21 (91.30%)*	2 (8.69%)*	23 +(5.37%)
40-49 AÑOS	13 (61.90%)	1 (50%)	14 (60.87%)
50-59 AÑOS	5 (23.81%)	0 (0.0%)	5 (21.79%)
60 O +	3 (14.28%)	1 (50%)	4 (17.39%)

* porcentaje referente al grado de ansiedad
 + Porcentaje referente al total de la muestra

Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

En la tabla 1 se observa la presencia de ansiedad por cada grado de intensidad y grupo de edad.

Como se observa en la tabla anterior en el estado sin ansiedad fue predominante el grupo de edad de entre 40 a 49 años de edad con un 60.87% (n=14). En cuanto a la ansiedad leve el predominio fue en los pacientes de 60 años o más con un 38.29% (n=54), y para la ansiedad moderada a grave su mayor presencia fue en el grupo etáreo de 40 a 49 años de edad con un 37.88% (n=100).

El control de la glucosa es uno de los objetivos específicos de este trabajo, se observó que predominó el control malo y regular en un 90.64% (n=388) de los casos siendo similar para cada sexo. Como observa en la siguiente tabla.

Tabla 2. Control Glucémico

Tabla de control glucémico en la muestra			
	Femenino	Masculino	Total general
Bueno	23 (8.21%)	17 (11.48%)	40 (9.35%)
Malo	201 (71.78%)	109 (73.64%)	310 (72.43%)
Regular	56 (20%)	22(14.86%)	78 (18.22%)
Total general	280	148	428

Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

El control bueno de glucosa fue de 9.35% (n=40), el control regular fue de 18.22% (n=78) y para el control malo el porcentaje fue de 72.43% (n=310).

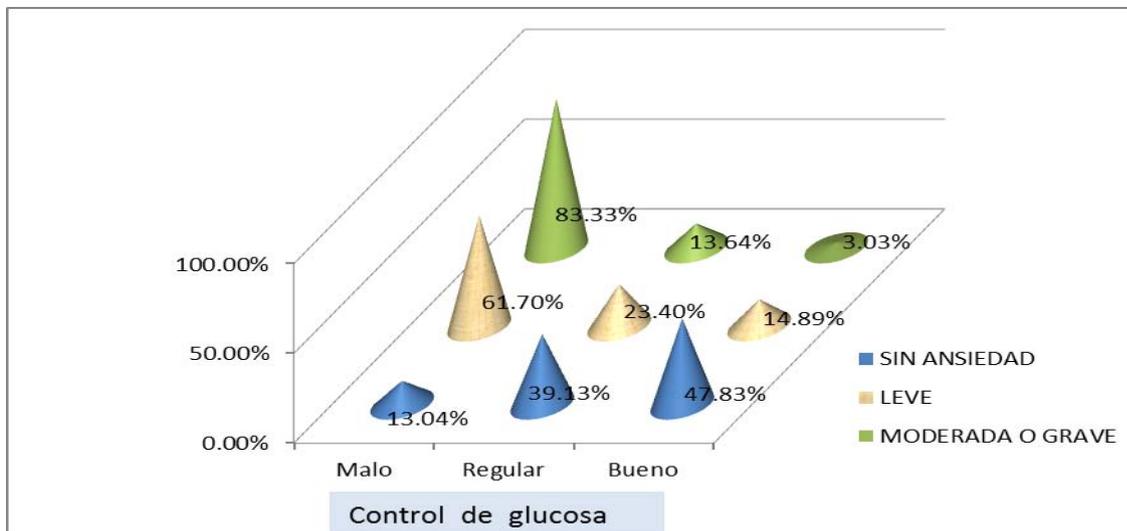
Así mismo en la ansiedad más el nivel de control de glucosa se observó que del total de casos para ansiedad moderada a grave su control glucémico fue malo en un

83.33% (n=220), para el control glucémico regular del 13.64% (n=36), y para el control glucémico bueno de 3.03% (n=8).

En el grado de ansiedad leve se mostró con un 61.70% (n=87) para el control glucémico malo, de 23.40%(n=33) para control glucémico regular y de 14.89% (n=21) para control glucémico bueno.

Y en el caso de pacientes diabéticos sin ansiedad se encontró que el 13.04%(n=3) tenían control glucémico malo, el 39.13% (n=9) estaban con control glucémico regular, y el 47.83% (n=11) presentaron control glucémico bueno, según se observa en la gráfica 3.

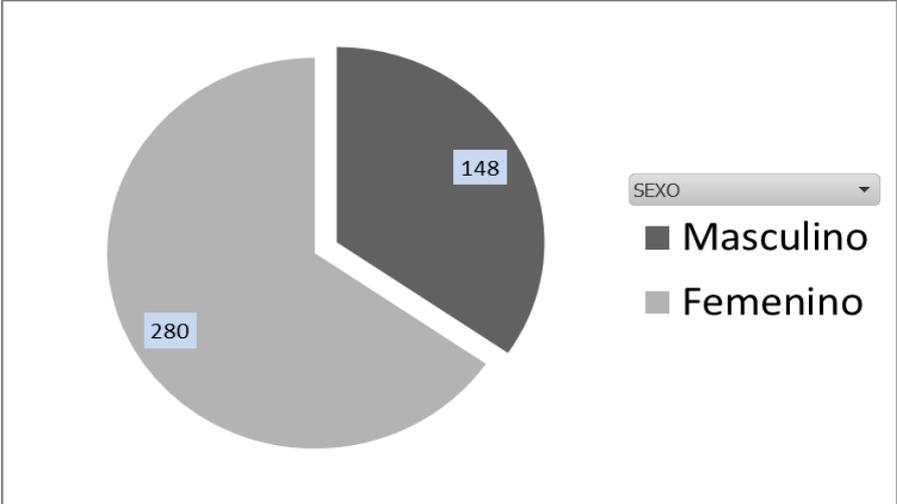
Gráfica 3.- Ansiedad y control de glucosa



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

La distribución por sexo (gráfica 3) fue para el sexo masculino de 34.58% (n=148) y para el sexo femenino de 65.42% (n=280).

Gráfica 4.- Sexo



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

El grado escolar de primaria representó el 26.16% de la muestra, primaria incompleta el 19.85%, el 18.69% secundaria incompleta fue el 17.28%; lo que representa el 82% de la muestra general. Los datos se muestran en la siguiente gráfica:

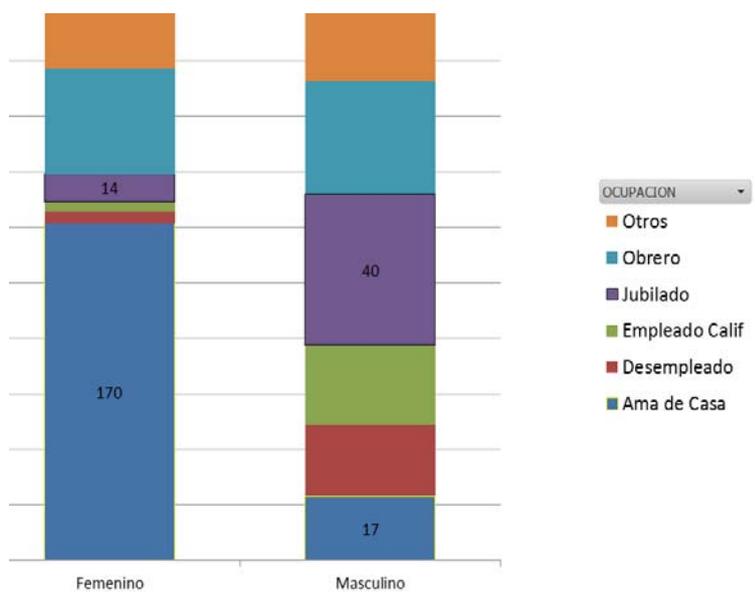
Gráfica 5.- Escolaridad



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

Para la ocupación la actividad más predominante fue el de ama de casa para el sexo femenino en un 60.71% (n=170) y el de jubilado en el masculino en un 27.02% (n=40). Como se ilustra en la gráfica a continuación:

Gráfica 6.- Ocupación



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

El porcentaje de ocupación en la muestra es como se observa en la tabla 3

Tabla 3.- Ocupación

Tabla de ocupación de la muestra por sexo			
<u>Ocupación</u>	<u>Femenino</u>	<u>Masculino</u>	<u>Total</u>
	<u>(% por sexo)</u>	<u>(%por sexo)</u>	<u>(%general)</u>
Ama de Casa	170(60.71%)	17(11.48%)	187(43.69%)
Desempleado	6(2.14%)	19(12.83%)	25(5.84%)
Empleado Calif	5(1.78%)	21(14.18%)	26(6.07%)
Jubilado	14(5%)	40(27.02%)	54(12.61%)
Obrero	53(18.92%)	30(20.27%)	83(19.39%)
Otros	32(11.42%)	21(14.18%)	53(12.38%)
Total general	280	148	428

Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

La muestra tenía una mayor presencia en tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus de entre 5 a 9 años del diagnóstico en un 34.11% (n=146). (Tabla 4)

Tabla 4.- Tiempo de evolución de DMNID

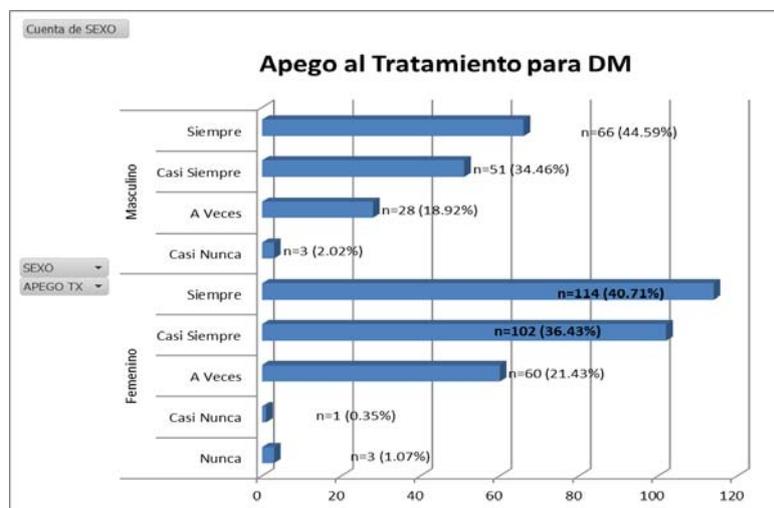
Tiempo de evolución de padecer Diabetes Mellitus					
Años	>1a	1-4 a	5-9 a	10 o +	Total
Femenino	10 (3.57%)	85 (30.35%)	96 (34.28%)	89 (30.71%)	280
Masculino	7 (4.72%)	45 (30.45%)	50 (33.78)	46 (31.08%)	148
Total	17 (3.97%)	130 (30.37%)	146 (34.11%)	135 (31.54%)	428

Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

Menos de 1 año de diagnóstico el 3.97% (n=17), menos de 5 años de evolución el 30.37% (n=130), y más de 10 años de evolución el 31.54% de la muestra (n=135). Siendo muy similares para ambos sexos.

En el apego al tratamiento ambos sexos dijeron llevar su tratamiento farmacológico como estaba indicado por su médico familiar siempre o casi siempre en más de dos terceras partes de la muestra (gráfica 7), el sexo femenino lo hacía siempre en un 40.71% (n=114) y casi siempre en el 36.43% (n=102) y, para el masculino llevaba apego al tratamiento siempre en un 44.59% (n=66) y casi siempre en un 34.46% (n=51).

Gráfica 7.- Apego al tratamiento médico



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

El estado civil de la mayoría de la muestra para ambos sexos fue casado siendo para el sexo femenino del 65.35% (n= 183) y en el masculino fue de 54.72% (n=81) (tabla 5), ambos conformaron el 61.68% (n=264) de la muestra.

Tabla 5.- Estado civil

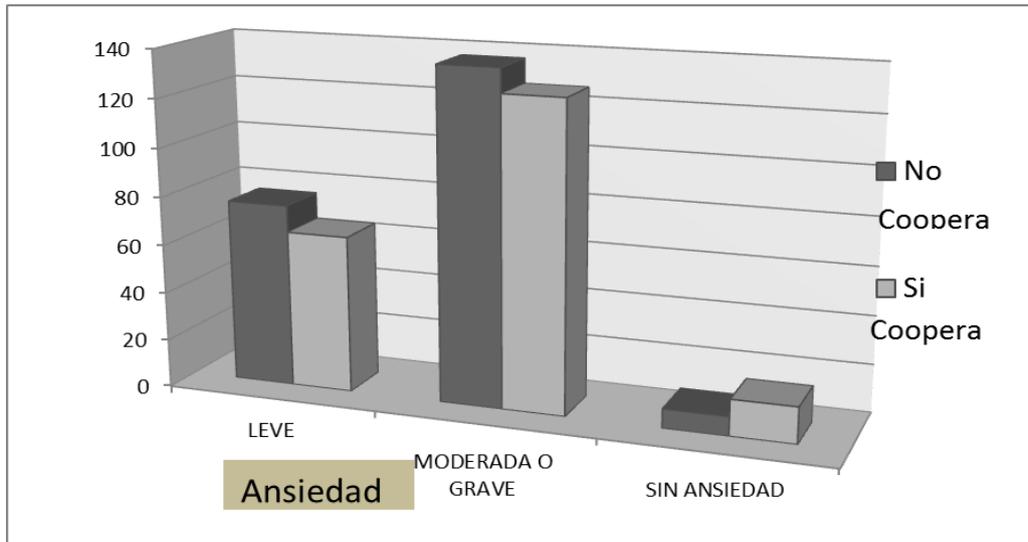
Estado Civil	Femenino	Masculino	Total
Casado	183 (65.35%)	81 (54.72%)	264 (61.68%)
Divorciado	0	6 (4.05%)	6 (1.40%)
Separado	35 (12.5%)	23 (15.54%)	58 (13.55%)
Soltero	9 (3.21%)	8 (5.40%)	17 (3.97%)
Unión Libre	1 (0.35%)	0	1 (0.23%)
Viudo	52 (18.57%)	30 (20.27%)	82 (19.15%)
Total general	280	148	428

Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

Para la cooperación familiar se encontró que para el sexo femenino el 61.78 % (n=173) no cooperan con el gasto familiar y el 32.43% (n=48) del sexo masculino no aporta al gasto, mientras que los hombres que si aportan al gasto familiar fueron el 67.56% (n=100) y para el sexo femenino que aporta al gasto familiar es del 38.21% (n=107),

La cooperación al gasto familiar en los pacientes del estudio fue del 51.64% (n=221) y los que no lo hacen fue del 48.36% (n=207), de estos los que presentaban ansiedad grave o moderada que si lo hacen fue del 48.11% (n=127) los que no lo hacen representan el 51.89% (n=137), los pacientes con ansiedad leve que si cooperan al gasto fueron del 46.1% (n=65) y los que no cooperan al gasto familiar son del 53.9% (n=76).

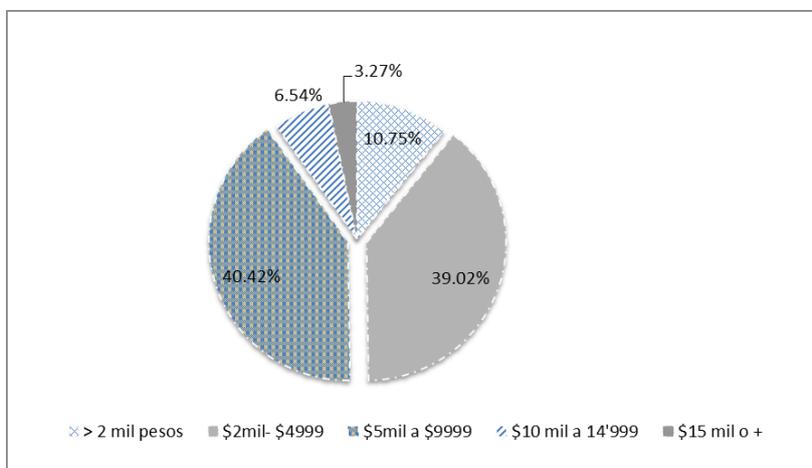
Gráfica 8.- Ansiedad y cooperación al gasto familiar



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

En la variable de ingreso mensual familiar se encontraron dos rangos de ingresos predominantes tanto para hombres como para mujeres, siendo para el sexo femenino el 38.57% (n=108) que perciben entre \$2000 y hasta \$4999, y también del sexo femenino el 42.14% (n=118) perciben entre \$5000 y \$9999, sumando 80.71% del sexo femenino que perciben menos de 10mil pesos al mes; en el grupo de sexo masculino para los mismos niveles de ingreso es de 39.86% (n=59) y de 37.16% (n=55) respectivamente, para un total de 77.02% del sexo masculino que perciben menos de 10 mil pesos mensuales.

Gráfica 9.- Ingresos económicos familiares



Fuente: Encuesta realizada exprofeso en UMF 64

Más del 90% (90.19%) de la muestra general tiene menos de 10mil pesos al mes para sus necesidades básicas, el 10.75% gana el salario mínimo, el 39.02% gana de dos a tres salarios mínimos, y el 40.42% gana hasta 5 salarios mínimos, sólo el 9.81% percibe más de 10 mil pesos mensuales.

Discusión

La presencia de ansiedad fue elevada en este estudio siendo de un 94.63% de aquellos sujetos con algún tipo de ansiedad, incluyéndose los casos de ansiedad leve, moderada y severa, lo cual puede deberse a el estrés que representa estar en la sala de espera de la unidad de medicina familiar, además de tener un portavoz (la encuesta) para demandar algo de atención, y así pudieran maximizar los síntomas ansiosos al llenar la encuesta, mis resultados son mayores a los reportes del estudio de Bart J. Thoolen que reportó una presencia de ansiedad del 27 a un 47%²⁷. La ansiedad moderada a grave ocupó más del 50% de los casos, la ansiedad leve en un 32.94%, contrastante con los estudios de Jenny van Son y Bart J. Thoolen, sin embargo en esos se ha realizado la evaluación de ansiedad con la escala de ansiedad y depresión (SAD scale)^{27,28}. Estas diferencias pueden radicar además en el tipo de instrumento utilizado para su evaluación.

El 72.43% del total de la muestra tuvo mal control de glucosa, de acuerdo a los niveles indicados en la Norma Oficial Mexicana para la prevención tratamiento y control de la Diabetes Mellitus, y el nivel de control regular fue de 18.22%, lo que supone más del 90% del total de la muestra, congruente con el reporte de Sofía Conrado, que reportan mal control hasta en un 83.5% de los pacientes con Diabetes Mellitus²⁹.

Al cruzar la variable de ansiedad con control glucémico se observó una relación congruente con la idea central del estudio que sostenía que la ansiedad está presente en el paciente con Diabetes Mellitus descontrolada, encontrándose ansiedad moderada a severa en el 83.33% de los pacientes con control glucémico malo, es decir por encima de 140mgs/dl, en los pacientes con ansiedad leve presentaron control glucémico regular en un 61.70% (glucemia de entre 110 a 140 mg/dl). Esto hace evidente la elevada presencia de ansiedad en la población diabética independientemente del control de glucosa, siendo mayor el descontrol de glucosa a mayor nivel de ansiedad. Contrario el caso con los pacientes sin ansiedad en donde la presencia de control glucémico fue bueno con niveles de 42.83%. En el estudio de Rivas-Acuña demostraron la influencia que tiene la ansiedad en los

niveles de glucosa, encontraron que el manejo de la ansiedad resulta en el mayor control de su glucosa por que aumentan el sentido de autocuidado, el cual se disminuye ante los trastornos ansiosos³².

Así mismo la escolaridad de la muestra nos indicó que el 82% tienen al menos educación básica (primaria y secundaria), si le sumamos a estos los encuestados analfabetas y los que tienen bachillerato incompleto nos da un 91.58% de la muestra; Leonardo Viniegra en su publicación “Enfermedades crónicas y educación” sustenta que la educación es parte fundamental para la mejoría en las enfermedades crónicas¹, porque requiere la participación decidida del paciente y esto a su vez lo determina las características sociales de la población en donde se incluye la educación.

La variable de ingreso económico arrojó datos importantes acerca de la economía de los pacientes con Diabetes Mellitus derechohabientes del IMSS en la UMF 64 en donde más del 90% de la muestra general percibe menos de 10mil pesos al mes para sus necesidades básicas, el 10.75% gana el salario mínimo, el 39.02% gana de dos a tres salarios mínimos, y el 40.42% gana hasta 5 salarios mínimos, sólo el 9.81% percibe más de 10 mil pesos mensuales. Lo que apoya el pobre apego a los tratamiento según los reportes de Santiago-Aritio, Romero-Márquez y Gómez-Aguilar en sus diversos estudios^{6, 7,11}.

Conclusiones

Se identificó que:

1. El nivel de ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus de la UMF 64 en cualquier grado de ansiedad (leve, moderada y severa) estuvo presente en un 94.62% de los sujetos del estudio. Siendo mayor esta presencia para el sexo femenino, y la ansiedad moderada a grave la más predominante para ambos sexos. Lo que hace evidente la presencia de estas patologías al mismo tiempo en nuestra consulta diaria.
2. En el control glucémico en el paciente con ansiedad y Diabetes Mellitus de la UMF 64 se encontró una presencia en los valores de control malo y regular de un 90.64% de los casos siendo similar para cada sexo, lo que representa un pronóstico malo al mediano plazo de esto pacientes si no se corrigen estas cifras, contrastando con menos del 10% de pacientes controlado sin ansiedad.
3. En cuanto al sexo de la muestra se encontró una distribución de 34.58% (n=148) para el sexo masculino y del 65.42% (n=280) para el femenino.
4. Referente a la edad se observó que la mayor presencia en ambos sexos fue en los sujetos de entre 40 y 49 años de edad, 34.81% (n=149),
5. Para el tiempo de evolución de padecer diabetes mellitus no insulino dependiente 65.65% (n=281) de la muestra tenía más de 5 años de evolución.
6. La escolaridad es de nivel básico a un 82.01% (n=351) de la muestra, más el 2.57% (n=11) de los que corresponde a analfabetas llegan a un 84.58%(n=362).
7. La tercera parte de la muestra se encuentra sin pareja ya sea por divorcio, por viudez o separación con un 34.11%(n=146).
8. El nivel de ingresos económico es bajo. En el sexo femenino el 38.57% (n=108) tenía apenas el doble del salario mínimo, el 80.7% (n=226) del ingreso para el sexo femenino es menor a 10mil pesos mensuales, así como el 77.02% (n=114) para el sexo masculino, lo cual es insuficiente para una calidad de vida acorde a los requerimientos de atención de su patología.

En las características sociales de la muestra, los ingresos económicos son menores a 10 mil pesos mensuales, el apego al tratamiento es adecuado pero sin lograr metas terapéuticas, y el 65% de la muestra con más de 5 años de evolución; ambos

factores de riesgo para desarrollo de ansiedad, es entonces que las posibilidades para adoptar cambios en los estilos de vida y apego efectivo a tratamientos como se reporta en los estudios de Leonardo Viniegra-Velázquez¹, Lizárraga Eseberre³, Santiago-Aritio⁶, Romero-Márquez⁷ y Vázquez-Martínez⁹ se verá afectado ya que pacientes menos educados tendrán menos cuidado de su salud y pacientes con pobre cuidado tiene complicaciones mayores en menor tiempo del esperado. Los resultados de Cai-Xia Zhang²⁶ presumen que los estresores que genera la diabetes desarrollaran ansiedad o estado ansioso, y se confirma lo que Rivas-Acuña³² reportó acerca de la interacción entre ansiedad y niveles de glucosa en donde menor ansiedad mejor control glucémico y viceversa, lo cual es similar a los resultados de esta investigación.

Se concluye que la ansiedad es una entidad de gran presencia con los pacientes diabéticos, con importantes repercusiones en el paciente para el cuidado de la salud y en las complicaciones de la diabetes mellitus, los estresores de la vida diaria aunados a la realidad de padecer una patología crónica irreversible, logran un efecto negativo en el estado general del paciente.

Recomendaciones

La relación entre ansiedad leve, moderada y severa y diabetes se encuentra ampliamente demostrada, por lo que el abordaje de la diabetes desde el control del estado anímico podría ofrecer mejores resultados en el control de la patología metabólica y por lo tanto la demora de las llegada de las complicaciones crónicas que deterioran la vida de los pacientes tanto laboral como vital en sí. La necesidad de acción real de los gobiernos de los municipios y los estados en apoyos para tener acceso a sitios de esparcimiento, y mejoras en la calidad de vida, situaciones que reduzcan un estilo de vida estresante, la atención médica de primer nivel no debe desviarse de su concepción holística, y brindar una atención que logre identificar los motores de cada uno de los aspectos que alteran la salud de un individuo.

Es evidente que la población adscrita a la UMF 64 del IMSS se encuentra en estrato social bajo, con un nivel de estudios básico, lo cual pone de manifiesto que la necesidad de programas sociales de mejora en la calidad de vida, sin embargo, la presencia de ansiedad en la población diabética es evidente y muy estrecha, por lo que el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad son importantes.

Y si consideramos que la gente que padece diabetes tiene mayores niveles de alteraciones psicopatológicas que la población general es entonces que es primordial la búsqueda intencionada de ansiedad en la consulta médica con una herramienta sencilla con es la escala de Hamilton e iniciar tratamiento para obtener metas de control de glucosa.

Referencias Bibliográficas

1. Leonardo Viniegra-Velázquez. Las enfermedades crónicas y la educación. La Diabetes Mellitus como paradigma. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2006;44 (1):47-59.
2. MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria para quedar como norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994.
3. Aurora Alicia Lizárraga Eseberre. El nivel de conocimiento como factor de riesgo para el ingreso hospitalario de personas con diabetes tipos2, Rev. Enfer. Inst. Mex. Seguro Soc. 2010; 18(2):89-92.
4. Ilhan Satman. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey (TURDEP) Diabetes Care, vol. 25, num. 9, sept., 2002 p.1551-1556.
5. Kelly J. Hunt. All Cause and cardiovascular mortality among diabetic participants in the San Antonio heart study. Diabetes care vol. 26 no 9, set 2002.
6. Santiago-Aritio, Gomez-Rocha. Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc. 2010;48 (5):539-542.
7. Rubén Salvador Romero-Márquez. Estilo y calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Rev. Med. Inst Seguro Soc. 2011;49(2):125-136.
8. Sonia Fernández-Canton La mortalidad por Diabetes Mellitus en población derechohabiente del IMSS 1990-2005 Rev Med Inst Seguro Soc. 2010;48(5):571-579.
9. José Luis Vázquez-Martínez Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Rev Med Inst Seguro Soc. 2006;44(1):13-26.
10. José Luis Vázquez-Martínez Demanda de Atención medica por Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. . Rev Med Inst Seguro Soc 2011;49(2):225-231.
11. Patricia Isolina del Socorro Gómez-Aguilar. Estilo de vida y hemoglobina glucosilada de la Diabetes Mellitus tipo dos. Rev enfer Inst Seguro Soc 2010;18(2):81-87.

12. Ana Isabel Gaytán-Hernández. El significado de la Diabetes Mellitus tipo2, desde la perspectiva del paciente. Rev Med Inst Seguro Soc.2006;44(2):113-120.
13. Clicerio González-Villalpando. Hospitalización de pacientes con Diabetes Mellitus: causas, complicaciones y mortalidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(1):79-81.
14. Richard S. Surwit. Stress management improves long-term glyceemic control in type 2 diabetes. Diabetes Care vol 25, no1, jan2002, p30-34.
15. Castro-Aké G.A. Trastorno depresivo y control glicémico en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47(4):377-382.
16. Cecilia Colunga-Rodríguez. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México 2005. Revista de Salud Pública vol. 10(1) Febrero2008 p137-148.
17. James A. Dunbar. Depression: An Important comorbidity with metabolic syndrome in a general population. Diabetes Care vol.31, no12 dec 2008 p.2368-2373.
18. Wayne J. Katon. Long-term effect on medical cost of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. Diabetes care vol 31 no 6 june 2008 p1155-1159.
19. Aoife M. Brennan. Phobic anxiety is associated with higher serum concentrations of adipokines and cytokines in women with diabetes. Diabetes Care vol 32, num 5 may 2009 p 926-931.
20. Mark Peyrot. Levels and risk of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. Diabetes Care vol 20 no 4, apr1997 p585-590
21. Elizabeth A, McDade-Montez. Examining the potential influence of diabetes on depression and anxiety symptoms via multiple sample confirmatory factor analysis. Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine 2011 Dec; Vol. 42 (3), pp. 341-51.
22. Carlos Tovilla-Zárate Isela Juárez-Rojo. Prevalence of Anxiety and Depression among Outpatients with Type 2 Diabetes in the Mexican Population, Plos One 2012; Vol. 7 (5), pp. e36887. Date of Electronic Publication: 2012 May 18.

23. Zavala, m., Vázquez Martínez, o., whetsell, m. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichan, Norteamérica, 6, jun. 2009. <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76/156>>. Fecha de acceso: 09 feb. 2015.
24. Muñoz-Hernández Onofre. Perspectivas en medicina familiar. Archivos en medicina familiar 2006, vol 8(3) 145-151.
25. Baptist Gallwitz. How Do We Continue Treatment in Patients With Type 2 Diabetes When Therapeutic Goals Are Not Reached With Oral Antidiabetes Agents and Lifestyle? Diabetes Care, vol 36, supplement 2, august 2013 p.S180-S189.
26. Cai-Xia Zhang, Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes, diabetes research and clinical practice 79 (2008) 523–530
27. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. Actualización Mayo 2012.
28. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
29. Bart J. Thoolen, MSC1, Denise T. de Ridder, Psychological Outcomes of Patients With Screen-Detected Type 2 Diabetes, The influence of time since diagnosis and treatment intensity. Diabetes Care October 2006 vol. 29 no. 10 2257-2262
30. Jenny van Son, MSC1, Ivan Nyklíček, PHD. The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA1c in Outpatients With Diabetes (DiaMind) A randomized controlled trial Diabetes Care April 2013 vol. 36 no. 4 823-830.
31. Sofía Conrado, Rocío Calderón. Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con Diabetes Mellitus 2, Revista de especialidades médico quirúrgicas 2011; 16(1):18-26
32. Valentina Rivas-Acuña, Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2, Salud en Tabasco, vol. 17, No 1 y 2 Enero-Abril, Mayo-Agosto 2011, pp 30-55.

33. María Guadalupe Fabián San Miguel .Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades Medicina Interna de México Volumen 26, núm. 2, marzo-abril 2010
34. José Salazar Estrada, Calidad de vida, salud y trabajo, la relación con diabetes mellitus tipo 2, revista de la facultad de salud pública y nutrición. vol 10 No.3 Julio- Septiembre 2009



ANEXO 1. Consentimiento informado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 15 ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64

FECHA: _____ FOLIO _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Ansiedad en el paciente con Diabetes Mellitus no insulino dependiente en la unidad de medicina familiar No. 64" registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC ___3404_____

El objetivo del estudio es: Identificar la ansiedad en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente de la UMF 64 del IMSS

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas de una encuesta que se me otorgará al finalizar mi consulta para permitir de esta manera la realización de la investigación del tema anteriormente citado.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer el grado de conocimiento de los médicos familiares acerca de la percepción que tienen los usuarios sobre la atención medica recibida. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se me otorga en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002



ANEXO 2. Escala de Hamilton
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 15 ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
 COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes síntomas si presenta alguno de ellos marque con una x el número que se acerque más a lo que usted siente:

Ausente: 0 leve: 1 moderado: 2 Severo: 3 grave: 4

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)						
Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansioso en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la necesidad de los síntomas a saber: Ausente=0, leve=1, Moderado =2, severo =3 y grave o totalmente incapacitado =4						
1.- Humor ansioso	Inquietud, espera lo peor, aprehensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2.- Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse.	0	1	2	3	4
3.- Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, a la multitud, al tráfico.	0	1	2	3	4
4.- Insomnios	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5.-Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.- Humor depresivo	falta de interés, no disfrutar ya con	0	1	2	3	4

		los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones del humor durante el día							
7.- Síntomas somáticos (musculares)		dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado	0	1	2	3	4		
8.- Síntomas somáticos (sensoriales)		Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4		
9.- Síntomas Cardiovasculares		Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	0	1	2	3	4		
10.- Síntomas respiratorios		Peso u opresión torácica. Sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4		
11.- Síntomas gastrointestinales.		Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmos, sensación de estómago vacío, pérdida de peso. Estreñimiento	0	1	2	3	4		
12.- Síntomas Genitourinarios.		Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.	0	1	2	3	4		
13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo		Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0	1	2	3	4		
14.- Comportamiento agitado durante la entrevista		Agitado, inquieto, o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros, o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	0	1	2	3	4		

Anexo 3. Encuesta sociodemográfica



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 15 ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

ENCUESTA SOCIODEMOCRÁFICA DEL GRUPO DE ESTUDIO DE
Ansiedad en el paciente con Diabetes Mellitus no insulino dependiente en la
unidad de medicina familiar No. 64

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas que a continuación se le enlistan y marque con una X la respuesta que considere correcta.

- 1.- ¿EN QUE RANGO DE EDAD SE ENCUENTRA USTED?
A) 10 a 19 años B) 20 a 29 años C) 30 a 39 años
D) 40 a 49 años E) 50 a 59 años E) 60 y más
- 2.- ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE DE QUE LE DIAGNOSTICARON DIABETES MELLITUS?
A) menos de 1 B) entre 1 y 4 C) entre 5 y 9
D) más de 10
- 3.- LOS INGRESOS MENSUALES DE SU FAMILIA SON: (INCLUYENDO TODOS LOS INGRESOS)
A) menos de \$2'000.00 B) \$2'000.00 a \$4'999.99 a
C) 10'000.00 a \$14'999.99 C) \$5'000.00 a \$9'999.99 a
D) más de \$15'000.00 pesos
- 4.- ¿SIGUE USTED SU TRATAMIENTO DIARIO COMO SE LE INDICO?
A) Siempre B) Casi siempre C) A veces
D) Casi nunca E) Nunca

5.- SU SEXO ES:
A) Masculino B) Femenino

6.- ¿HASTA QUE AÑO ESTUDIÓ?
A) Primaria Incompleta B) Primaria Completa
C) Secundaria Incompleta D) Secundaria Completa
E) Bachillerato Incompleto F) Bachillerato Completo
G) Licenciatura Incompleta H) Licenciatura Completa
J) Maestría o Posgrado K) No sabe leer ni escribir

7.- SU ESTADO CIVIL ES:
A) Soltero B) Casado C) Viudo
D) Separado E) Divorciado F) Unión libre

8.- ¿USTED APORTA ECONÓMICAMENTE EN LA FAMILIA?
A) SI B) No

9.- ¿Cuál es su ocupación actualmente?
A) Obrero B) Ama de casa C) Empleado calificado
D) Jubilado E) Otros F) ninguno

10.- ¿Cuál es su resultado de glucosa más reciente?
Anote su resultado : _____