

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA  
UNPHU**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**GRADO DE DEPRESIÓN FRENTE A SU ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES  
DIABÉTICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA SEGÚN  
ESCALA DE HALMITON EN EL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA,  
ENERO – FEBRERO 2018.**



**TRABAJO DE POSTGRADO PARA LA OBTENCIÓN DE GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR:**

**CARINA NOVA MATEO**

**ASESORA**

**DRA. CLARIDANIA RODRIGUEZ BERROA (METODOLOGICA)**

**DRA. YAZMIN SORIANO (CLINICA)**

**DRA. BIENVENIDA PIÑEIRO FLORENTINO (CLINICA)**

**SANTO DOMINGO, D. N.**

**AGOSTO, 2018**

**GRADO DE DEPRESIÓN FRENTE A SU ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES  
DIABETICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA SEGÚN  
ESCALA DE HALMITON EN EL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA,  
ENERO – FEBRERO 2018.**

# AGRADECIMIENTOS

## **A Dios:**

Por su amor y misericordia, haberme permitido alcanzar otra meta más, ser un médico especialista, gracias por otro peldaño más.

## **A mi padre:**

**Rafael Nova** aunque no estés conmigo en este mundo, gracias por darme los valores que hasta ahora me han ayudado a seguir adelante y es el de la humildad. Te amo!

## **A mi madre:**

**Fermina Mateo**, gracias por tu lucha día tras día de seguir adelante. Lo que soy, te lo debo a ti. Te amo!

## **A mi hijo:**

**Jesús Sebastián Núñez Nova**, llegaste a mi vida cuando más te necesitaba, en el momento justo a iluminar mi vida y a tener una esperanza para seguir luchando. Este logro más te lo dedico a ti. Te amo mi príncipe!

## **A mi esposo**

**Sebastián Núñez**, eres la persona que ha llegado a mi vida para cambiarme totalmente y llenarme de amor y darme la bendición de un hijo, gracias por ayudarme a seguir adelante. Te amo!

## **A mis hermanos:**

Leoncia, Jacinta, Crucito, gracias por su apoyo incondicional, los quiero mucho.

**A mis sobrinos:**

Rubén Ariel, Dinosquis Abigail, Carlos Rafael, Jean Carlos, Rubén Alfredo, Jeannolis, Crismeidi, Raifel, este logro más es para ustedes. Los quiero mucho!

**A mi cuñado:**

Carlos Francisco Hidalgo, gracias por su apoyo incondicional.

**A mi amigo:**

Eleizer Odali Disent, gracias por su ayuda en mis momentos más difíciles.

**Al Hospital Regional Juan Pablo Pina**

En ella, a todos mis profesores, a mi coordinador Ervin David Jiménez, jefa de Enseñanza Concepción Sierra.

A Todos mis compañeros de la Residencia, que estuvieron conmigo durante este cuatro años de estudio y trabajo.

**Dra. Carina Nova**

# INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
I.1 Antecedentes.....	2
I.2 Planteamiento del problema.....	5
I.3 Objetivos.....	6
I.3.1 General.....	6
I.3.2 Específicos.....	6
I.4 Justificación.....	7
CAPITULO II.	
II.1 Diabetes.....	8
II. 2 Tipos de diabetes y factores de riesgo.....	12
II. 3 Fases de la diabetes.....	14
II. 4 Signos y síntomas de la diabetes.....	15
II.5 Diagnóstico.....	16
II. 6 Tratamiento.....	17
II. 7 Pie diabético.....	21
II. 8 Depresión.....	25
II. 9 Clasificación del DSM 5 para la depresión.....	26
II. 10 Criterios diagnósticos según el DSM 5 para la depresión.....	27
II.11 Conceptualizaciones sobre la escala de Hamilton.....	28
II. 12 Escala de Hamilton para medir la depresión.....	29
II. 13 Tratamiento de la Salud mental.....	31
CAPITULO III	
III.1 Operacionalización de las variables.....	37
III.4 Material y métodos.....	38

III.4.1 Tipo de estudio.....	38
III.4.2 Población y muestra.....	39
III.4.3 Instrumento y recolección de información.....	39

#### CAPITULO IV

IV.1 Presentación de los resultados.....	41
IV. 2 Análisis y Discusión de los Resultados .....	50
IV.2 Conclusiones.....	54
IV.3 Recomendaciones.....	56
Bibliografía.....	58

#### ANEXOS

## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto contiene los elementos teóricos y metodológicos que conformaran la tesis de postgrado Grado de Depresión Frente a su Enfermedad *en los Pacientes Diabéticos que Acuden a la Consulta de Endocrinología según Escala de Hamilton en el Hospital Regional Juan Pablo Pina, enero – febrero 2018.*

La investigación es de tipo descriptiva con abordaje cuantitativo y de corte transversal, siendo los objetivos: Describir las características socio demográficas de la población en estudio; valorar el nivel de conocimiento referente a la diabetes mellitus tipo 2 en la población en estudio; identificar los elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes en estudio; describir las prácticas de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes; conocer las actitudes de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes y determinar el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con diabetes

La revisión bibliográfica incluye temas y sub temas relacionados con el la depresión, el estrés con sus aspectos generales. Diabetes Mellitus, clasificación, signos y síntomas, fisiopatología, tratamiento. Así mismo se abordan temas y sub temas de Autocuidado y la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, Dorothea. El instrumento utilizado

La Diabetes Mellitus constituye un desorden metabólico resultado de una deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de la acción de la insulina o de ambas. Esto conlleva a hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas (1).

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema creciente de salud pública evidenciado por el incremento de su prevalencia en el mundo. De hecho, se estima que hoy en día existen más de 143 millones de individuos con este padecimiento, y muchos de ellos aún no lo saben. Esto se debe, explica la Federación Internacional de Diabetes (FID), a que un número creciente de personas en el mundo no ha tomado conciencia sobre la enfermedad, aunado a otros factores complejos e

interrelacionados que tienen que ver además con los cambios socioeconómicos y la industrialización de los países en vías de desarrollo. La diabetes es una enfermedad crónica que exige un seguimiento y control estrecho.

Está asociada a un incremento del riesgo de muerte prematura principalmente por enfermedades cardiovasculares. De no controlarse adecuadamente, puede ocasionar una alta mortalidad que se asocia directamente con complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares), renales (nefropatía diabética, insuficiencia renal), neurológicas (neuropatía diabética), visuales (retinopatía diabética), entre otras, donde las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores (2).

Actualmente las prevalencias más elevadas de diabetes corresponden a las ciudades de Bogotá (8,1%) y Ciudad de México (8,9%). En el Perú, según Ministerio de Salud (MINSa) de la Oficina General de Estadística e Informática- 2012, se encontró casos de Diabetes Mellitus, donde un 51% (Diabetes Mellitus tipo 2), 45% (Diabetes no especificada), 2% (Diabetes Mellitus tipo 1) y 2% (otras Diabetes Mellitus no Especificada), siendo en primer lugar el departamento de Lima (59,664 casos), Callao (14,250 casos).

Las recomendaciones 13 de los últimos años de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan, entre los objetivos principales, la educación temprana del enfermo y su familia mediante el cumplimiento de un programa estandarizado, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores deseables del control de la presión arterial, del perfil lipídico y el cese del tabaquismo (5). La Organización Mundial de la salud, en su informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (ENT) 2016, constituye la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios.

## **I.1. ANTECEDENTES**

Diversos estudios se han escrito sobre la actitud de los pacientes frente a su enfermedad, en este apartado se esbozan los aspectos más significantes que se han encontrado sobre el respecto.

En Madrid, Rodríguez (2016), en su tesis Prevalencia del Trastorno depresivo en la Diabetes Tipo 2. El estudio tuvo lugar sobre pacientes diabéticos tipo 2 de ambos sexos, de edades comprendidas entre 29 y 85 años, residentes en la zona de referencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada. La población de estudio era de 2897 sujetos. El tamaño de la muestra del estudio, 321 individuos, se realizó asumiendo una prevalencia de depresión asociada a la diabetes tipo 2 del 25%. Se realizó un muestreo aleatorio y estratificado por edad y sexo. Los individuos de la muestra se distribuyeron de forma proporcional a la población de cada estrato, definidos por edad y sexo. La prevalencia de depresión en la población de diabéticos tipo 2 de Fuenlabrada estudiada se estimó en un 32,7 %, (IC 27,4-38,5). Fue algo más elevada en las mujeres, 43,3 % (IC 43,8-52,3) que en los hombres, 24,6 % (IC 18,4-31,8). Se observa un incremento significativo de la prevalencia de depresión a medida que aumenta la edad, siendo este incremento especialmente marcado en el grupo de mayores de 78 años. Entre los factores ligados al estilo de vida asociados con una mayor prevalencia de depresión. destaca el no realizar actividad física, siendo en este grupo el riesgo 2,5 veces mayor que en de los que sí realizaba actividad física, tanto en mujeres como en hombres. El estar obeso estaba asociado a un riesgo 2,6 veces mayor de padecer depresión, de forma más marcada en el caso de las mujeres.

En Colombia, Marquez , M. (2015); en su estudio titulado "Depresión en pacientes que padecen Diabetes Mellitus ", tuvo como objetivo verificar el grado de estrés que padecen las personas con Diabetes. Los datos fueron recolectados en 84 -personas por medio de entrevista y analizados mediante estadística descriptiva. Se concluye que en el estudio fueron señalados aspectos que dificultan el proceso de aprendizaje, tales como edad (media de  $53,3 \pm 13$  años), tiempo de la enfermedad

(media de 12,9 ± 9 años} y bajo nivel 21 de escolaridad (58% tenía educación primaria incompleta), condiciones que pueden limitar la incorporación de informaciones en esa población y, consecuentemente, comprometer la prevención y diagnóstico precoz, además de la predisposición para las complicaciones. Los pacientes con complicaciones de la diabetes tenían un riesgo 1,56 veces mayor de presentar depresión que los que no tienen, siendo este riesgo mayor en el caso de las mujeres. Según va aumentando el número de complicaciones, aumenta el riesgo de depresión. La depresión ha mostrado ser un factor relevante en la calidad de vida relacionada con la salud física, presentando los pacientes deprimidos una valoración de la calidad de vida relacionada con la salud física (PCS) 9,2 puntos menor que los pacientes no deprimidos, siendo el sexo y la edad factores a considerar en dicha relación en la población de estudio y una valoración de la calidad de vida relacionada con la salud mental (MCS) 12,1 puntos menor que los pacientes no deprimidos, siendo el sexo un factor a considerar en dicha relación.

En Brasil, Luchetti, F. y otros, (2016); en su estudio titulado: Depresión y Estrés: Componentes para la Educación en diabetes Brasil", realizado en un centro de investigación y extensión universitaria brasileño, en el período de marzo a noviembre de 2007. Para recolección de los datos fueron utilizadas versiones portuguesas de los cuestionarios Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) y Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19). Los resultados mostraron que 78,05% tuvieron puntajes superiores a 8 en relación al conocimiento en diabetes, 22 indicando conocimiento y comprensión acerca de la enfermedad.

Geraldina (2015), en la investigación titulada Actitud de los padres hacia la enfermedad de diabetes mellitus de sus hijos, con el propósito de Determinar cuál es la actitud de los padres hacia la enfermedad de diabetes mellitus (tipo 1) de sus hijos en el Hospital de Especialidades Pediátricas en la Ciudad de Maracaibo-estado Zulia. Metodología: Es un estudio descriptivo, con una modalidad de campo, diseño no experimental, transeccional. Para ello, después de investigar distintos fundamentos teóricos, se aplicó un cuestionario dirigido a los padres que acuden a este centro de

salud. Resultados: La actitud de los padres hacia la enfermedad de diabetes que tienen sus hijos es en gran medida negativa, se observa que en el componente cognitivo los padres presentan conocimientos mínimos o inadecuados trayendo como consecuencia un mal desenvolvimiento ante la problemática. En referencia al componente afectivo, se presentan carencias muy significativas que muestra el desagrado, incomodidad y desmotivación. En relación al componente conductual, existe una inadecuada disposición para informarse de la enfermedad y poca inclinación a conversar con los especialistas sobre el tema.

López Quiroz (2015), en la tesis conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015” Se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento y actitudes sobre diabetes mellitus en pacientes dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán en el período de octubre del 2015. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicados a Pacientes mayores de 30 años, hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán, con un universo de 1,245 pacientes que padecen de diabetes tipo II y que son atendidos en dispensarizados, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde la encuesta se realizaría de lunes a viernes en el área de dispensarizados durante el período de octubre del año 2015 y se encuestaron a 120 pacientes. Conclusiones: Los pacientes encuestados más afectados según la situación sociodemográfica se encontraron entre las edades de 51-60 años, predominantemente el sexo femenino y en su mayor porcentaje la raza mestiza; Con respecto a la escolaridad la mayoría de la población logro estudiar hasta primaria, y ya que la mayoría de los encuestados fue femenino la ocupación predominante fue ama de casa; con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos y todos tuvieron una actitud favorable.

## **I.2. Planteamiento de problema**

La diabetes se ha convertido en una de las enfermedades más comunes en el mundo. La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta

La prevalencia mundial de la diabetes\* en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2016.

“La diabetes es una afección crónica que exige ser monitoreada y controlada estrechamente”, sostuvo el experto. “De no controlarse adecuadamente, puede ocasionar complicaciones que se asocian directamente a largo plazo a lesiones en el organismo que implica fallos de varios órganos y tejidos”.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), la diabetes tiene un impacto singular sobre los niños y sus familias, al alterar su día a día por la necesidad de monitorizar sus niveles de azúcar en sangre, de tomar su medicación y de equilibrar los efectos de la actividad y la alimentación. La diabetes, afirma la FID, puede interferir con las tareas normales de desarrollo de la infancia y la

adolescencia, que incluyen el éxito de la educación y la transición hacia la edad adulta.

A fin de ayudarlos a afrontar la situación y garantizar que disfruten de la máxima salud física y emocional posible, los niños con diabetes deberían ser atendidos por un equipo multidisciplinario bien familiarizado con los aspectos pediátricos. También es necesario ayudar a sus cuidadores y al personal escolar.

La República Dominicana no escapa a esa realidad, con un estimado de población afectada entre 10% a 11%, y un número similar de pre diabéticos a quienes los especialistas llaman intolerancia a los carbohidratos y lo grave es que la mitad de los afectados lo desconoce.

Pero también otro 15 % tiene niveles de glicemia más alto de lo normal, lo que significa que 25 % de la población dominicana actual presenta algún tipo alteración en la forma como su cuerpo maneja el azúcar

Esto significa, que un adulto de cada 10; 3 casos nuevos cada 10 segundos y casi 10 millones al año. Destaca que la prevalencia proyectada es del 21 por ciento de la población en el 2050. Se reciben unos 8 mil pacientes con diabetes en el área de oftalmología, de los cuales el 37% padece de retinopatía diabética.

A partir de lo expuesto anteriormente, surge la siguiente interrogante:

### **2.1.1 Formulación del problema**

¿Cuáles es el grado de depresión frente a su enfermedad *en los* pacientes diabéticos que acuden a la consulta de endocrinología según escala de Hamilton en el Hospital Regional Juan Pablo Pina, enero – febrero 2018?

## **II. Justificación**

La presente tesis traerá múltiples aportes de índole científico, institucional y profesional. En el aspecto científico marca el punto de partida para la realización de investigación sobre la temática.

En el aspecto institucional, dotara al centro de una investigación actualizada sobre el tema. Destacando el rol del personal médico. Sin embargo ello debe ser precedido por la información previa que poseen los pacientes y familiares para que así la enfermera actúe corrigiendo y/o reforzando dichos conocimientos previos, a través de la elaboración de estrategias y/o planes o programas de educación al paciente y familia sobre los cuidados a tener en el hogar a fin de contribuir a prevenir las complicaciones y favorecer la adopción de conductas saludables y cambio en sus estilos de vida para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

### **III. OBJETIVOS.**

#### **III.1. Objetivo general**

Determinar el grado de depresión frente a su enfermedad en los pacientes diabéticos que acuden a la consulta de endocrinología según escala de Hamilton en el Hospital Regional Juan Pablo Pina, enero – febrero 2018.

#### **III. 2 Objetivo específicos**

Describir las características socio demográficas de la población en estudio.

Valorar el nivel de conocimiento referente a la diabetes mellitus tipo 2 en la población en estudio

Identificar los elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes en estudio.

Describir las prácticas de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes

Conocer las actitudes de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes

Determinar el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con diabetes

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. Diabetes

Según Gloria (2016), en el texto Diabetes Mellitus, señala que la DM, comprende un grupo de enfermedades metabólicas de distintas etiologías que se caracterizan por hiperglicemia originada por defectos en la secreción y/o acción de la insulina.

La DM se puede clasificar en cuatro categorías clínicas:

- DM tipo 1 (DM1), que a su vez se divide en: – Autoinmune (DM1A). – Idiopática (DM1B).
- DM tipo 2 (DM2).
- Otros tipos específicos de DM. Se incluyen aquí, entre otras, las debidas a enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos.
- DM gestacional. Se inicia o se reconoce durante el embarazo.

Para Alonso (2016), en la Guía Clínica de Diabetes Mellitus, la DM1 afecta al 5-10 % de la población diabética. Se caracteriza por una destrucción de las células  $\beta$  del páncreas, que da lugar a un déficit absoluto de insulina. Esta destrucción suele deberse a un mecanismo autoinmune, aunque en un reducido número de casos no existe evidencia de autoinmunidad ni de otra causa conocida que destruya a las células.

Es la DM1 idiopática, en la que se observa un fuerte componente hereditario. La DM2 supone el 85-95 % de los casos de DM, y se caracteriza por una resistencia a la insulina combinada con un déficit progresivo de producción de esta.

El comité de expertos de la OMS (2015), define a la diabetes mellitus como “un estado de hiperglucemia crónica, pudiendo ser consecuencia de factores y ambientales que a menudo actúan conjuntamente”. Es un síndrome metabólico donde además de los hidratos de carbono se alteran los lípidos, proteínas y equilibrio ácido-base.(15).

Diabetes mellitus tipo 1 Característicamente se da en la época temprana de la vida y se caracteriza por un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes ó idiopáticos. Cerca de 1 en 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. Este tipo de diabetes se conocía como diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes juvenil, en ella, las células beta del páncreas no producen insulina o apenas producen.

En los primeros años de la enfermedad suelen quedar reservas pancreáticas que permiten una secreción mínima de insulina. Diabetes mellitus tipo 2 Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, que se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente se llamaba diabetes del adulto, diabetes relacionada con la obesidad, diabetes no insulino dependiente. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides.

Estudios epidemiológicos en población no diabética han demostrado que cifras de HbA1c  $\geq 6,5$  % se asocian a retinopatía incluso de forma más consistente que la GB, por lo que, desde hace unos años, también se admite como prueba diagnóstica siempre que se utilice un único método estandarizado según el National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP), certificado y estandarizado para el Diabetes Control and Complications trial (DCCT)] (NGSP/DCCT). Con cualquiera de estos métodos (GB, SOG o HbA1c) debe confirmarse el resultado mediante una segunda determinación. Una glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl acompañada de síntomas de hiperglucemia también es criterio diagnóstico de DM y no precisa confirmación. En ocasiones los valores de glucemia no reúnen criterios diagnósticos de DM, pero son demasiado elevados para considerarlos normales. Es el caso de la GB alterada, intolerancia a la glucosa y HbA1c alterada.

## **II. 2 Tipos de Diabetes y Factores de riesgo**

### **Diabetes tipo 1**

En el texto *Asumiendo el Control de la Diabetes (2016)*, se destaca que la diabetes tipo 1 (también llamada insulino dependiente o de inicio en la infancia), es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por una producción deficiente o nula de insulina desde la infancia temprana o adolescencia y, por lo tanto, se requiere la administración diaria de esta hormona (esto se logra mediante inyecciones o bombas de infusión).

Este tipo de diabetes no está asociado con la obesidad o los malos hábitos de alimentación, como lo es la diabetes tipo 2. Los síntomas son similares, pues consisten en excreción excesiva de orina, sed y hambre constante, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita o de manera gradual, sin embargo, debido a la carencia de insulina, la falta de acceso a oportuno tratamiento en esta enfermedad puede ser mortal.

### **Diabetes tipo 2**

Según el texto *Asumiendo el Control de la Diabetes (2016)*, la diabetes tipo 2 (también llamada no insulino dependiente), se debe a una utilización ineficaz de la insulina en el organismo. Esta representa 90 % de los casos mundiales y se debe, en gran medida, a un peso corporal excesivo, los hábitos de alimentación inadecuados y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. En este sentido, la detección de factores de riesgo y de la prediabetes, especialmente en el primer nivel de contacto dentro del sistema de salud, debe ser una prioridad en materia de prevención y detección oportuna. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos,<sup>3</sup> pero debido al incremento en las tasas de obesidad infantil alrededor del mundo, en la actualidad también se está manifestando en

menores.<sup>4</sup> El papel que juega la ingesta de azúcares está relacionado en forma directa con el riesgo de diabetes tipo 2 y una cantidad importante de los azúcares que se consumen provienen de la extensa oferta de bebidas azucaradas, principalmente refrescos y jugos industrializados. Estudios afirman que el uso de fructosa en bebidas endulzadas aumenta el riesgo de diabetes mellitus hasta en 87 % y el consumo general de bebidas carbonatadas presenta un riesgo aproximado de 24 %

### Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico (con altos niveles de azúcar en sangre), que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 1 y 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que por síntomas del paciente. Esto se puede deber a una mala alimentación previa y durante el embarazo, o por algunas hormonas que se liberan durante este proceso que pueden llegar a bloquear las funciones de la insulina.

Todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección. Las mujeres que tengan factores de riesgo para este tipo de diabetes pueden hacerse este examen más temprano en la gestación.. Las madres con diabetes gestacional también tienen mayor riesgo de sufrir hipertensión durante el embarazo.

### Detección precoz

Según Alonso (2016), no se ha demostrado que el cribado universal de la DM2 disminuya la mortalidad ni sea coste-efectivo. Las guías de práctica clínica coinciden en recomendarlo únicamente en grupos de riesgo.

La American Diabetes Association (ADA) aconseja que se realice a cualquier edad si existe un índice de masa corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> y uno o más de los criterios enumerados en la tabla 1. En ausencia de estos el cribado se iniciará a los 45 años.

Si los resultados son normales se repetirá cada tres años y si hay pre-DM cada año. Cualquiera de los tests empleados para el diagnóstico de la DM (tabla 2) es válido para realizar el cribado, aunque en general se prefiere la glucemia basal (GB) por su buena aceptación y coste-efectividad.

La hemoglobina glucosilada (HbA1c) predice mejor que la GB el riesgo de morbilidad cardiovascular y mortalidad por cualquier motivo, pero podría infravalorar el diagnóstico de DM.

### **II. 3 Fases de la diabetes**

Para Rodríguez (2014), múltiples causas explican el bajo control glucémico en los pacientes con diabetes, entre ellas se encuentran las relacionadas con la enfermedad, los esquemas de tratamiento, la adherencia a estos, los estilos de vida, los factores personales, familiares y de competencias en autocuidado.

En el modelo Kübler-Ross, presentado en el libro *On death and dying*, se describen cinco etapas distintas del proceso por las que los individuos atraviesan cuando existe una pérdida: negación, ira/incrédulidad, negociación, depresión y aceptación.<sup>10</sup> Dichas etapas se aplicaron inicialmente a personas que sufrían enfermedades terminales y luego a cualquier pérdida de eventos significativos en la vida.

Las etapas no suceden necesariamente en el orden descrito, ni todas son experimentadas por todos los pacientes, aunque una persona sufrirá al menos dos de estas etapas. En un reciente estudio, la tasa promedio anual de consultas a un centro de salud resultó ser un 80 % mayor entre los pacientes sometidos al duelo que en el resto de la población. Se ha estudiado el proceso de la adaptación en la forma de actuar y sentir del duelo por pérdida y por diabetes tipo 1 en pacientes y familiares, así como de la incidencia en el duelo durante estados prediabéticos.

El objetivo del estudio fue identificar, por medio de un instrumento construido exprofeso, las cinco etapas del duelo por pérdida de salud y medir su asociación con el nivel de control metabólico en sujetos enfermos de diabetes mellitus tipo 2.

El duelo es un estado de adaptación emocional normal ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación, de la salud, etcétera. Se trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos. Es un proceso único e irrepetible, dinámico, cambiante y cada evento varía entre personas, culturas y sociedades. Este proceso se relaciona con la aparición de problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada o crisis de angustia, mismos que pueden incrementar el abuso de alcohol y fármacos. Entre un 10 a un 34 % desarrollan un duelo patológico que aumenta el riesgo de muerte por eventos cardiacos y suicidio.

#### **II. 4 Signos y síntomas**

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas que está dado por necesidad frecuente de orinar (poliuria), sed excesiva (polidipsia), exceso de apetito (polifagia), fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas. (16).

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito
- Fatiga
- Náuseas
- Vómitos

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Aumento del apetito

- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones que sanan lentamente
- Impotencia en los hombres

Es oportuno recordar que el paciente diabético es un paciente complejo que puede tener manifestaciones de su enfermedad a nivel de varios órganos aun sin sintomatología y hasta puede desconocer que padece la enfermedad.(17)

## II. 5 Medios de Diagnóstico

Para Alonso (2016), en la Guía Clínica de Diabetes Mellitus diagnóstico clínico se basa en el concepto de que la hiperglucemia se asocia a las complicaciones propias de la DM, en especial a la retinopatía, cuando se supera el nivel de 126 mg/dl de GB o de 200 mg/dl tras dos horas de la ingesta de 75 g de glucosa (sobrecarga oral de glucosa [SOG]).

Los criterios bioquímicos de laboratorio convencionales para la confirmación del diagnóstico de diabetes son los siguientes:

- Hemoglobina glucosilada fracción A1c (HbA1c)  $\geq 6.5$  % (prueba estandarizada y realizada en el laboratorio).
- Glucosa en ayunas  $\geq 126$  mg/dL (con ayuno de por lo menos ocho horas).
- Glucosa en plasma a las dos horas  $\geq 200$  mg/dL luego de que se le haya aplicado una prueba de tolerancia oral a la glucosa al paciente (según la técnica descrita por la Organización Mundial de la Salud), por medio de la administración previa de una carga de glucosa anhidra de 75 g disuelta en agua.
- Hiperglucemia o glucemia  $\geq 200$  mg/dL. (IV)

Estudios epidemiológicos en población no diabética han demostrado que cifras de HbA1c  $\geq 6,5$  % se asocian a retinopatía incluso de forma más consistente que la GB, por lo que, desde hace unos años, también se admite como prueba diagnóstica siempre que se utilice un único método estandarizado según el National

Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP), certificado y estandarizado para el Diabetes Control and Complications trial (DCCT)] (NGSP/DCCT). Con cualquiera de estos métodos (GB, SOG o HbA1c) debe confirmarse el resultado mediante una segunda determinación. Una glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl acompañada de síntomas de hiperglucemia también es criterio diagnóstico de DM y no precisa confirmación. En ocasiones los valores de glucemia no reúnen criterios diagnósticos de DM, pero son demasiado elevados para considerarlos normales.

Es el caso de la GB alterada, intolerancia a la glucosa y HbA1c alterada. No son entidades clínicas en sentido estricto, sino categorías diagnósticas que favorecen el desarrollo futuro de DM y se asocian a un riesgo cardiovascular aumentado. En la tabla 2 y figura 1 se resumen los criterios diagnósticos de DM y pre-DM y el algoritmo diagnóstico. Muchos pacientes con diabetes tipo II tienen la enfermedad antes de que se aprecien los síntomas, y por ello es importante detectar en forma primaria a personas de alto riesgo.(18)

## Tratamiento

Según Reyes (2018), para el tratamiento preventivo: múltiples ensayos clínicos aleatorizados recientes demuestran que personas con alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (pacientes con antecedentes de diabetes mellitus en familiares primer grado, obesidad, hipertensión arterial, personas mayores de 45 años de edad, mujeres con hijos macrosómicos, con síndrome de ovario poliquístico, alteración de la glucosa en ayunas, así como, tolerancia a la glucosa alterada), pueden retrasar su aparición, a través de programas bien estructurados para modificar estilos de vida. En el 58% de estos pacientes, se logra reducir el debut de esta enfermedad durante 3 años, con el uso de los siguientes fármacos: metformina, acarbosa, repaglinida y roziglitazona que son también efectivos.

Tratamiento no farmacológico: el tratamiento no farmacológico (modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso) es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la

mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables.

## Epidemiología

La prevalencia de pie diabético oscila según edad, género y lugar de origen desde el 2,4% hasta el 5,6% de la población general, con al menos un 15% de diabéticos que padecerán durante su vida de úlceras en pie y una hasta el 85% de los pacientes con amputaciones que han padecido previamente de una úlcera diabética en pie.

En el año 2010, la población mundial estimada de pacientes aquejada de diabetes superaba los ciento cincuenta y dos millones de personas, correspondiendo la mayor parte de este incremento se debe al aumento de incidencia de esta patología en los continentes africano y asiático [4, 6-7].

Los datos extraídos de la federación internacional de la diabetes del plan establecido para los años 2011-2012 unas 366 millones de personas tienen diabetes mellitus de forma establecida y se estima que hay 280 millones que potencialmente pueden desarrollarla. En caso de no realizar actuaciones en este sentido, el número de personas aquejadas de diabetes mellitus dentro de 20 años llegará hasta la cifra de 552 millones, incluyendo en esta estimación a otros 298 millones de personas con riesgo potencial de desarrollarlas y que muy probablemente desarrollarán la enfermedad.

La Asociación Norteamericana de Diabetes señalan al grupo étnico, la edad y los condicionantes socioeconómicos como causas que modifican la prevalencia de diabetes mellitus. Para el caso concreto de España los datos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) realizaba un cálculo

estimatorio de una incidencia acumulada esperada para el periodo comprendido entre los años 2000 y 2004 de 100.000 personas/año.

No solo es una entidad clínica importante por el número de personas a las que afecta, sino también los costes socioeconómicos asociados. Los gastos estimados de una persona con DM1 oscilan entre 1.262 y 3.311€ por persona/año. Para un paciente con DM2 hablaríamos de cifras de entre 381 y 2.560€ por paciente/año. El 66% de los pacientes con diabéticos presentan criterios de neuropatía periférica en el momento de diagnóstico. Por tanto, se considera a la misma la complicación más prevalente de la diabetes mellitus y se ha objetivado su relación con los procesos fisiopatológicos causantes de la entidad clínica conocida como “pie diabético”.

Sin embargo, aunque la neuropatía evolucionada es considerada como causante de discapacidades hasta en un veinticinco por ciento de los pacientes afectados de Diabetes Mellitus tipo I, es complicado calcular la incidencia y la prevalencia de esta entidad, ya que la misma varía en función del tipo de diabetes mellitus y los criterios de selección empleados en su diagnóstico [11].

Fisiopatología:

La DM se caracteriza por tres alteraciones fisiopatológicas: trastorno de la secreción de insulina, resistencia periférica a ésta y producción hepática excesiva de glucosa. La DM tipo 1 se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células  $\beta$  de los Islotes de Langerhans del páncreas mediada por las células T. En cambio la obesidad, en especial la visceral o central (como es evidente en el índice cintura-cadera), es muy frecuente en la DM tipo 2. La resistencia a la insulina que acompaña a la obesidad aumenta la resistencia a la insulina determinada genéticamente de la DM de tipo 2.

Los adipocitos secretan cierto número de productos biológicos (leptina, factor de necrosis tumoral alfa, ácidos grasos libres, resistina y adiponectina) que modulan

la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal, y pueden contribuir a la resistencia a la insulina.

En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia a la glucosa permanece normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta pancreáticas compensan aumentando la producción de insulina. A medida que avanzan la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora, los islotes pancreáticos se tornan incapaces de mantener el estado de hiperinsulinismo, obteniéndose grandes elevaciones de la glucemia postprandial. Cuando declina todavía más la secreción de insulina y aumenta la producción hepática de glucosa, aparece la diabetes manifiesta con hiperglucemia en ayuno. Finalmente ocurre el fallo de las células beta. A menudo están elevados los marcadores de la inflamación como IL-6 y proteína C reactiva en la DM de tipo 2.

#### Manifestaciones Clínicas

En el caso de que todavía no se haya diagnosticado la DM ni comenzado su tratamiento, o que no esté bien tratada, se pueden encontrar los siguientes signos (derivados de un exceso de glucosa en sangre, ya sea de forma puntual o continua):

Signos y síntomas más frecuentes: Poliuria, polidipsia y polifagia. Pérdida de peso a pesar de la polifagia. Fatiga o cansancio. Cambios en la agudeza visual.

Signos y síntomas menos frecuentes: Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres. Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce. Ausencia de la menstruación en mujeres. Aparición de impotencia en los hombres. Dolor abdominal. Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente. Debilidad. Irritabilidad. Cambios de ánimo. Náuseas y vómitos. Mal aliento.

## **II. 7 Pie diabético**

Según Castillo (2016) en la Guía Práctica del Pie Diabético, se define pie diabético como el conjunto de síndromes en los que la existencia de neuropatía, isquemia e infección provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a microtraumatismos, ocasionando una importante morbilidad que puede devenir en amputaciones.

La prevalencia del pie diabético esta situada entre el 8% y 13% de los pacientes con diabetes mellitus. Esta entidad clínica afecta mayormente a la población diabética entre 45 y 65 años. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes/año.

La Asociación Americana de Diabetes, define al pie diabético como el área anatómica por debajo del maléolo en una persona con DM2. El Consenso Internacional sobre Pie Diabético<sup>20</sup> define al pie diabético como “una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos, relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores, que afecta a pacientes con DM que no han sido tratados correctamente”.

El pie diabético puede resultar en una amputación. Por otra parte, la OMS<sup>21</sup> define al pie diabético como “la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica, siendo el resultado de la interacción de diferentes factores metabólicos”. El pie diabético es, por lo tanto, un síndrome que comprende ulceración del pie como consecuencia de un traumatismo, infección por exposición de la herida a agentes externos, en donde la hiperglucemia proporciona un medio “rico” para la proliferación de agentes microbianos, lo que puede favorecer la necrosis de tejidos adyacentes, y una difícil cicatrización como resultado de la disminución de la síntesis proteica (por la falta de insulina).

Traumatismos. Es el principal factor de riesgo. Pueden ser mecánicos (cortaduras, introducción de algún objeto punzante como agujas, espinas, etc.; lesiones por deformidades, como callosidades y onicocriptosis, entre otras); térmicos (introducir el pie en agua hirviendo, caminar sobre suelos calientes), o químicos (uso de sustancias que irriten la piel de la extremidad).

El inicio de una úlcera que tiene su origen en un trauma, por muy pequeña que sea, si no se trata de la manera adecuada, evolucionará tan rápido que puede tener desenlaces fatales.

- Peligros laborales y medio ambiente. Diabéticos que trabajan en agricultura, ganadería, en zonas con climas de temperatura elevada como la piscicultura, entre otras.

- Hábitos tóxicos como el alcoholismo y el tabaquismo. Tiene un papel crucial, pues agravan las patologías de base en los pacientes, como la angiopatía y la neuropatía.

- Falta de prevención, información y educación, y nivel socioeconómico bajo. El diabético debe cuidar sus pies con extrema conciencia, la revisión periódica como una manera de prevención le evitará un futuro con una baja calidad de vida. Por otra parte, el nivel socioeconómico bajo origina el abandono del tratamiento y el fortalecimiento de enfermedades aunadas, que llevan al paciente a ser un candidato a complicaciones crónicas de la DM.

- Uso inadecuado de calzado y mala higiene en los pies. La limpieza inadecuada de los pies permite que la piel se lesione y pueda generarse una infección que se ve favorecida si el control glucémico no es correcto. Además, en mujeres, se ha observado una mayor incidencia de lesiones por el uso de calzado estrecho que roza el pie. Como ya se mencionó, la DM presenta complicaciones crónicas que son el resultado de la elevación prolongada de los niveles de glucosa. Las tres principales –retinopatía, neuropatía y nefropatía– influyen en la aparición y establecimiento del pie diabético, sin embargo, la neuropatía tiene protagonismo en el inicio de esta patología. La mayoría de los pacientes con pie diabético presenta

neuropatía. Para que la neuropatía se establezca en un paciente diabético, han pasado por lo menos diez años desde que debutó con DM. La neuropatía diabética resulta de la elevación de la glucosa en períodos prolongados, que induce la formación de sorbitol; éste acumula el sodio en el nodo de Ranvier, lo que disminuye la conducción.

La neuropatía no tiene un patrón anatómico específico, pero en la mayoría de los casos, los miembros inferiores son su blanco. Una vez que ha iniciado la neuropatía periférica, el paciente pierde sensibilidad tanto superficial como profunda; también se pierde la capacidad de responder a estímulos dolorosos (hipoalgesia). La neuropatía afecta al sistema nervioso parasimpático (que controla los actos y funciones involuntarios), lo que hace que la producción de sudor disminuya y crea un medio de sequedad en la piel, lo que puede resultar en la aparición de grietas y el fácil acceso de microorganismos.

La pérdida de la sensibilidad es un factor clave en el desarrollo de esta entidad patológica pues el paciente pierde la percepción de estímulos en el miembro; por consiguiente, si un paciente se lesiona, puede no sentir, y se dará cuenta de su lesión por otras razones. Después de la neuropatía diabética, las angiopatías, participan en la fisiopatología del pie diabético. Las angiopatías pueden ser de grandes y medianos vasos (macroangiopatía), o de pequeños vasos como capilares y arteriolas (microangiopatía).

## Etiología

Dentro de la posible etiología distinguimos: a) Factores predisponentes: los factores predisponentes son aquellos que en un enfermo diabético van a ocasionar riesgo de sufrir lesión. b) Factores desencadenantes o precipitantes: factores que hacen debutar la lesión. c) Factores agravantes o perpetuantes: factores que en un pie diabético establecido van a facilitar la aparición de complicaciones y retrasar la cicatrización. d) Factores predisponentes: la etapa inicial del pie diabético comienza por la combinación de atrofia progresiva en musculatura más la sequedad en la piel

asociada con isquemia en diferente grado. En esta situación cualquier tipo de traumatismo dará lugar a una úlcera.

De forma habitual, en el desarrollo de lesiones en pie de los pacientes diabéticos el primer síntoma objetivable es la disminución de la sensibilidad. En las etapas iniciales la primera afectación se produce en la sensibilidad profunda y más adelante en la sensibilidad táctil superficial, dolorosa y térmica.

La combinación de esos elementos ocasiona acortamiento en los tendones alterando la distribución de carga que soporta el pie. A nivel osteoarticular suelen apreciarse con cierta frecuencia la aparición de dedos en garra o en martillo, además de engrosamiento de la piel del pie que provoca restricción en la movilidad articular. No podemos olvidar que las arterias de mediano y gran calibre pueden afectarse por la isquemia, de forma que se calcifican y se altera la presión arterial a nivel de las arterias

## **II. 8 Depresión**

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes (Linares, 2015).

Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad. Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo.

Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno (op cit). Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones (op cit).

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar

en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas (op. Cit). Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (Decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades :CIE-10).

Este es el origen de la depresión que es de interés para esta investigación ya que se sabe que la depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que entre el 20 y 25% de los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV). Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por si misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes mellitus, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica (Orland 1999 en Mendizábal 2006), hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse (Gagliardino, 1997).

## **II. 9 Clasificación del DSM 5 para la depresión**

El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada

## Criterios diagnósticos de trastornos de depresión según el DSM 5

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  - (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
  - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
  - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Fuente: DSM 5

**Tabla 4. Diagnóstico diferencial de la depresión**

Patologías médicas	Trastornos mentales
<p><b>Endocrino/Metabólicas:</b> Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria</p> <p><b>Infecciosas:</b> Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias</p> <p><b>Neurológicas:</b> Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.</p> <p><b>Neoplasias:</b> Carcinomatosis, cáncer páncreas.</p> <p><b>Otros:</b> Lúes, dolor crónico</p>	<p>Trastorno angustia/ansiedad</p> <p>Trastorno obsesivo compulsivo</p> <p>Trastorno bipolar</p> <p>Distimia</p> <p>Trastornos adaptativos</p> <p>Síntomas negativos de la esquizofrenia</p> <p>Consumo de tóxicos</p>

## **II. 11 Conceptualización sobre la Escala Hamilton para medir la depresión**

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%.

## Escala Hamilton para medir la depresión

<b>Sentimientos de culpa</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente</li> <li>- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones</li> <li>- Siente que la enfermedad actual es un castigo</li> <li>- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> </ul>
<b>Suicidio</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida</li> <li>- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse</li> <li>- Ideas de suicidio o amenazas</li> <li>- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> </ul>
<b>Insomnio precoz</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tiene dificultad</li> <li>- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño</li> <li>- Dificultad para dormir cada noche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> </ul>
<b>Insomnio intermedio</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</li> <li>- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> </ul>
<b>Insomnio tardío</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</li> <li>- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> </ul>
<b>Trabajo y actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</li> <li>- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</li> <li>- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad</li> <li>- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> </ul>
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palabra y pensamiento normales</li> <li>- Ligero retraso en el habla</li> <li>- Evidente retraso en el habla</li> <li>- Dificultad para expresarse</li> <li>- Incapacidad para expresarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> </ul>
<b>Agitación psicomotora</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna</li> <li>- Juega con sus dedos</li> <li>- Juega con sus manos, cabello, etc.</li> <li>- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> </ul>

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>- Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</li> <li>- Expresa sus temores sin que le pregunten</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Ligera</li> <li>- Moderada</li> <li>- Severa</li> <li>- Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</li> </ul>	0 1 2
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Débil</li> <li>- Grave</li> </ul>	0 1 2
<b>Hipocondría</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Preocupado de si mismo (corporalmente)</li> <li>- Preocupado por su salud</li> <li>- Se lamenta constantemente, solicita ayuda</li> </ul>	0 1 2 3

## Tratamiento de salud mental

### Sicoterapia

#### Medicamentos antidepresivos

### Sicoterapia

La sicoterapia con un terapeuta capacitado puede ayudarlo a examinar los problemas que producen la depresión. También puede ayudarlo a encontrar formas de aliviar el problema. La terapia puede ser a corto o largo plazo. Debe asegurarse de sentirse a gusto con el terapeuta que elija.

### Medicamentos

Si le recomiendan tomar medicamentos, debe consultar con un psiquiatra (un médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales o emocionales). Los psiquiatras son los únicos profesionales de salud mental que pueden recetar medicamentos y tratar las causas físicas de la depresión.

Si opta por tomar un medicamento antidepresivo, hable con el psiquiatra y médico de cabecera sobre los efectos secundarios, incluidos los posibles efectos en su nivel de glucosa en la sangre. Asegúrese de que los médicos tengan en cuenta el cuidado de su diabetes cuando sea necesario. A mucha gente le va bien con una combinación de medicamentos y sicoterapia.

Si tiene síntomas de depresión, no espere demasiado para obtener ayuda. Si el médico no puede recomendarle un profesional de salud mental, comuníquese con la filial local de la sociedad psiquiátrica, el departamento de psiquiatría de una facultad de medicina o la filial local de alguna organización de terapeutas, psicólogos o trabajadores sociales psiquiátricos. La filial local de la Asociación Americana de la Diabetes también puede ser una buena fuente sobre terapeutas que trabajan con personas que tienen diabetes.

## Depresión y diabetes

Diversos estudios demuestran que las personas con diabetes tipo 2 sufren con más frecuencia síntomas de depresión. La mayor parte de los participantes hace referencia a síntomas de depresión y otros cambios en el estado de ánimo relacionados con la diabetes. Para muchos es necesario desarrollar mecanismos que les permitan adaptarse a la nueva situación y recomiendan aceptarla lo mejor posible. El debut de la diabetes puede generar en algunas personas ansiedad y otros síntomas de depresión sobre todo por la preocupación de tener una enfermedad crónica (Revista Digital Pyde Salud, 2014).

Muchas personas reconocieron que en el momento del diagnóstico y durante la primera etapa les resultó difícil aceptar que padecían una enfermedad crónica y que llevó un tiempo asumir esta nueva situación (Más información: Recibiendo el diagnóstico).

Aceptar y asimilar los cambios que supone en los hábitos cotidianos puede ser más o menos complicado dependiendo de la persona. En algunas personas es causa de afectación de su estado de ánimo. Por ejemplo, algunos entrevistados contaron que identificaban cuestiones emocionales que les inducían a comer en exceso, como un modo de afrontar situaciones de estrés, depresión, tristeza, nervios o ansiedad, lo cual era perjudicial para el control de la dieta que deben hacer. (Revista Digital Pyde Salud, 2014.)

Incluso el inicio del tratamiento con insulina puede provocar sensación de miedo que suele desaparecer una vez que se adaptan a la situación y van encontrándose mejor.

Otra cuestión que explican muchos participantes es la relación de su estado de ánimo con el inicio de la diabetes e incluso con el grado de control de los niveles de glucemia. Es decir que su estado de ánimo afecta a la diabetes, por ello los

participantes recomiendan mantener el ánimo para controlarse mejor (Más información: Causas y factores de riesgo y Manejando la diabetes en el trabajo.)

A lo largo del tiempo y como reacción ante la diabetes algunas personas sentían miedo, apatía, sentimiento de estar rendido/derrotado, con tristeza, agotamiento, angustia o desánimo, e incluso sensación de pérdida de libertad.

Una de las reacciones más habituales frente a la enfermedad era rechazar el comienzo de los tratamientos –especialmente cuando debían administrarse insulina– y el descuido o incluso el incumplimiento de las prescripciones médicas vinculadas a los cambios de hábitos de vida: dieta, ejercicio y control de peso (Más información: Manejando la diabetes.)

La diabetes, como otras enfermedades crónicas, requiere un proceso de adaptación. No pensar excesivamente en la enfermedad ni en las complicaciones que puede traer es percibido como una forma de afrontar la vida con normalidad sin descuidar la diabetes. Por ello, es conveniente centrarse en aquellos hábitos que sí pueden modificar y que los conduce a llevar a una vida más saludable: ocuparse pero no preocuparse

Una de las estrategias de afrontamiento ante las complicaciones de la diabetes es tratar de buscar siempre motivos para seguir adelante, para continuar luchando. Para ello, trataban de no alarmarse y mantenerse animados y optimistas, realizando actividades recreativas o reconfortantes. El sentido del humor también puede ser una estrategia positiva.

A medida que notaban que eran capaces de ir incorporando cambios en sus hábitos de vida, la depresión o la preocupación iban quedando atrás y aprendían a convivir con la diabetes, perdiéndole el miedo inicial. Destacaban que es una enfermedad que se puede sobrellevar bien con cuidado y fuerza de voluntad,

aprendiendo a buscar cada quien su propia solución. Aprender a asumir los cuidados forma parte de la cotidianeidad.

Algunas personas que sufrían complicaciones u otros problemas de salud, decían que aunque les resultaba difícil superarlos, seguían luchando para sobrellevar la enfermedad con normalidad.

Algunos participantes explican que han buscado apoyo para sobrellevar las alteraciones del estado de ánimo. En cualquier caso parece que existe poco apoyo psicológico establecido de forma organizada y rutinaria en los servicios de salud específicamente para personas diabéticas.(Más información: Buscando información y apoyo.)

La recomendación general es que la diabetes forma parte de tu vida y hay que llevarlo lo mejor posible y apoyarse en las personas del entorno.

A nivel mundial y particularmente en América Latina, la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas se incrementan de modo sostenido. Principalmente la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) representa uno de los desafíos más significativos que deben enfrentar los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social.

Las proyecciones indican que en 2025, la cantidad de personas diabéticas en Las Américas ascenderá a 64 millones, de las cuales 40 millones (62 %) corresponderán a América Latina y el Caribe.<sup>1</sup>

La DMT2 se ha constituido en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las instituciones de salud.

En la Argentina, la diabetes es causa del 48 % de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, del 15 % de los casos de infarto agudo de miocardio, del 13 % de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal, es la primera causa de ceguera no traumática del adulto, y ocupa un lugar importante como causal de accidentes cerebrovasculares. Es también responsable de la ocupación de alrededor del 8 % de las camas de los hospitales públicos con estadías más prolongadas y costosas que las ocupadas por personas sin DM.

Existen varios factores que aumentan la morbimortalidad de esta enfermedad: 1) en la mayoría de los países, alrededor del 50 % de los pacientes desconocen su enfermedad y, por ende, no se tratan; 2) del 20 al 30 % de los pacientes que conocen su enfermedad no cumplen ningún tipo de tratamiento; 3) el 68 % de los casos de DM se diagnostican de forma casual, generalmente como consecuencia de la manifestación clínica de alguna de sus complicaciones crónicas. Por lo tanto, alrededor de dos tercios de la población con DM tiene o está en riesgo de sufrir complicaciones crónicas.

Las complicaciones orales asociadas con la diabetes, al igual que las afecciones sistémicas relacionadas con la enfermedad, están vinculadas con el grado de control de la glucemia. Las personas con una diabetes controlada tienen menos patologías orales que aquellas con un pobre control de la glucemia.

El odontólogo puede desempeñar un rol importante en el diagnóstico de la diabetes, pues los primeros signos y síntomas de la enfermedad se pueden desarrollar en la cavidad bucal.

En los últimos años la DMT2, ha sido objeto de investigaciones encaminadas a conocer otras dimensiones del problema, más allá de los factores asociados con el incremento de los casos y las complicaciones.

La importancia de caracterizar con mayor precisión esta enfermedad, radica en establecer estrategias más apropiadas para la prevención y tratamiento. Por ello nos planteamos realizar este estudio sobre el conocimiento que tienen los pacientes diabéticos, en el ámbito de nuestra zona básica de salud, referente a la repercusión de la enfermedad en la salud bucodental.

La finalidad de este estudio fue analizar las características sociodemográficas, los aspectos psicosociales, los hábitos de higiene oral y conocimientos de salud oral, en un grupo de sujetos con DMT2 del Departamento de San Fernando, Chaco, Argentina.

## . OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo o desde el nacimiento hasta el momento de la consulta.	Años cumplidos	Ordinal
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de interés en sus actividades favoritas</li> <li>• Aumento o pérdida del apetito</li> <li>• No poder dormir o dormir demasiado</li> <li>• Sentirse muy cansado</li> <li>• Sentirse sin esperanzas, irritable, ansioso o culpable</li> <li>• Dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos</li> </ul>	Nominal
Diabetes	La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos.	Tipo I Tipo II Gestacional Específicas	ordinal

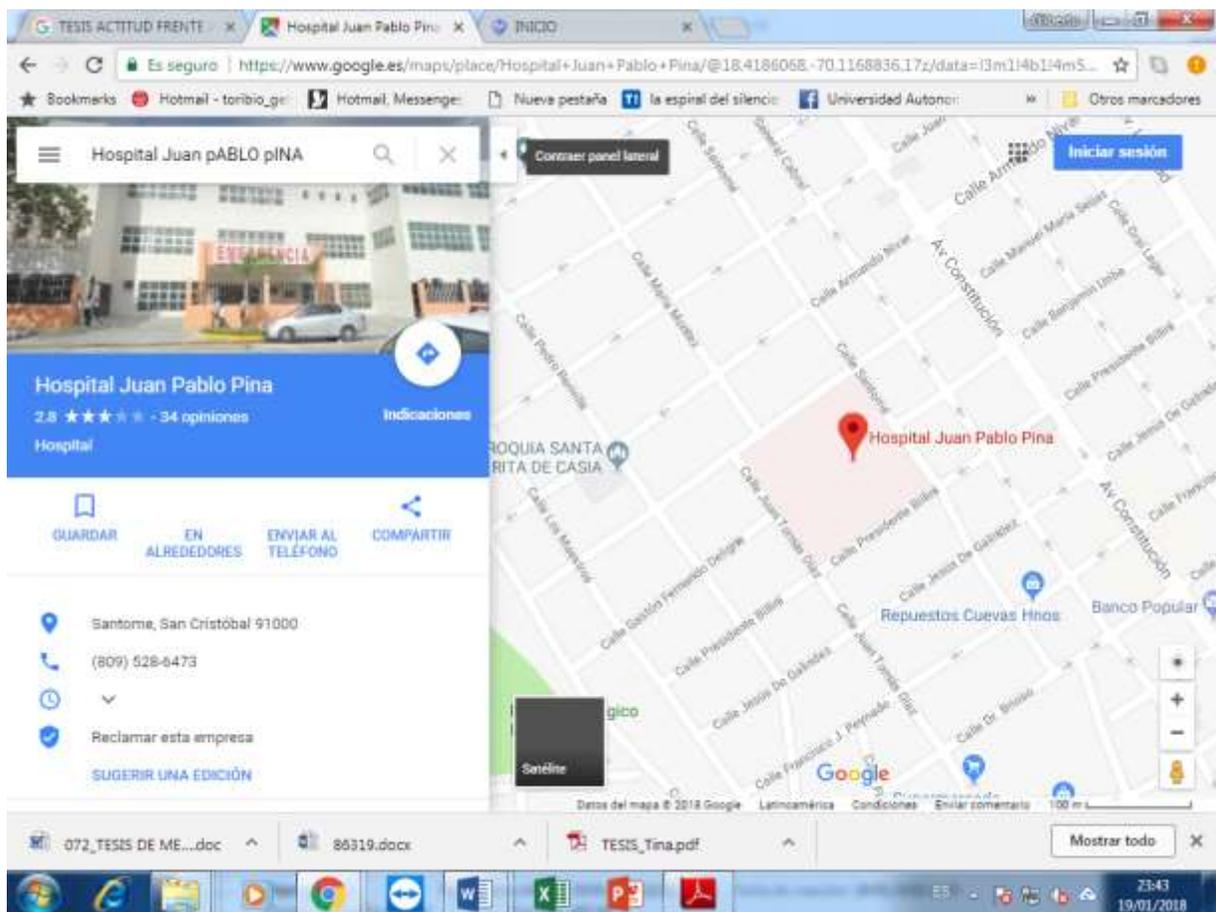
## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar la actitud frente a su enfermedad en los pacientes diabéticos que acuden a la consulta de endocrinología, hospital Juan Pablo Pina, enero – febrero 2018.

### VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Hospital Juan Pablo Pina, , Republica dominicana.



### VI.3. Universo

El universo está representado por todos los pacientes que acuden a consulta del Hospital Juan Pablo Pina

#### VI.4. Muestra

La muestra está representada los pacientes diabéticos que acudan a consulta durante el periodo de estadía.

#### VI.5. Criterios de exclusión e inclusión

##### VI.5.1. Criterios de inclusión

1. Todos los pacientes diagnosticados con diabetes que acudan a la consulta durante el periodo de la estadía.
2. Todos lo que estén dispuestos a participar en el estudio.

##### VI.5.2. Criterios de exclusión

1. Pacientes que no desean participar en la investigación.
2. Pacientes que no acudieron a la consulta en el centro de salud al momento del estudio.

#### VI.6. Instrumento de recolección de datos.

La recolección de la información se realizará a través de un formulario, este formulario contiene los datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, religión, nivel socio económico, así como las variables estudiadas. Este formulario se redactó en formato 8½ x 11 y se aplicó previo a consentimiento informado y se tomó en cuenta dichas variables en la investigación. (Ver anexo VIII.2. Instrumento de recolección de datos).

#### VI.7. Procedimiento.

Se le aplicará una cuestionario a cada paciente que acuda a consulta, previo consentimiento informado a cada usuario en qué consiste la entrevista, luego el formulario será llenado por los usuarios que acuden a la consulta de endocrinología en el hospital Juan Pablo Pina bajo la supervisión de la sustentante. La selección de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios de inclusión tomando en cuenta los criterios de exclusión ya señalados anteriormente.

#### VI.8. Tabulación.

Los datos obtenidos en la presente investigación serán tabulados mediante programas computarizados tales como Excel y Word 2007.

#### VI.9. Análisis

Se analizará por medio de frecuencias simples.

#### VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>57</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>58</sup>

## PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

### Variable Características sociodemográficas de los pacientes

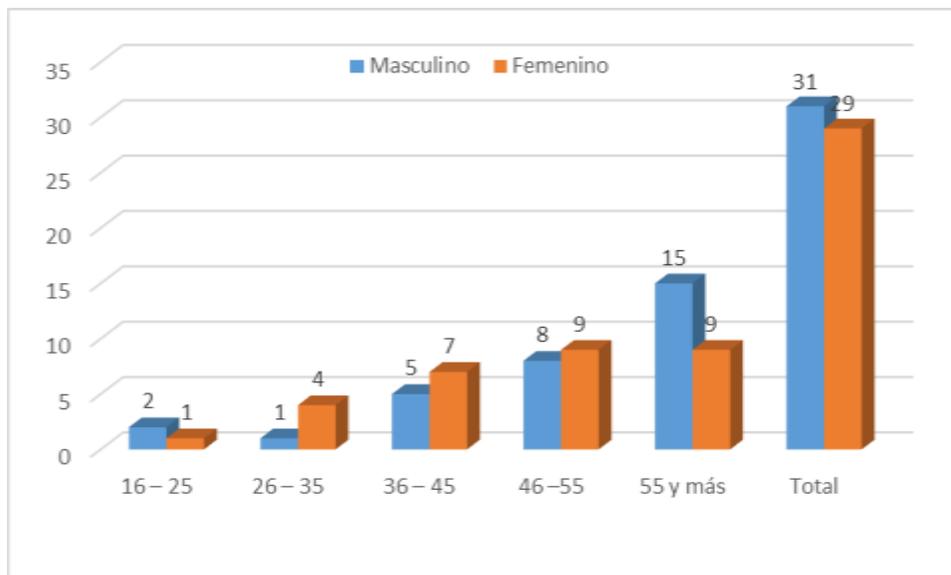
Tabla No. 1

Distribución de los pacientes por edad según sexo

Edades	Masculino	Femenino	Total
16 – 25	2	1	3
26 – 35	1	4	8
36 – 45	5	7	20
46 –55	8	9	28
55 y más	15	9	40
Total	31	29	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes del Hospital Juan Pablo Pina

Gráfico No. 1



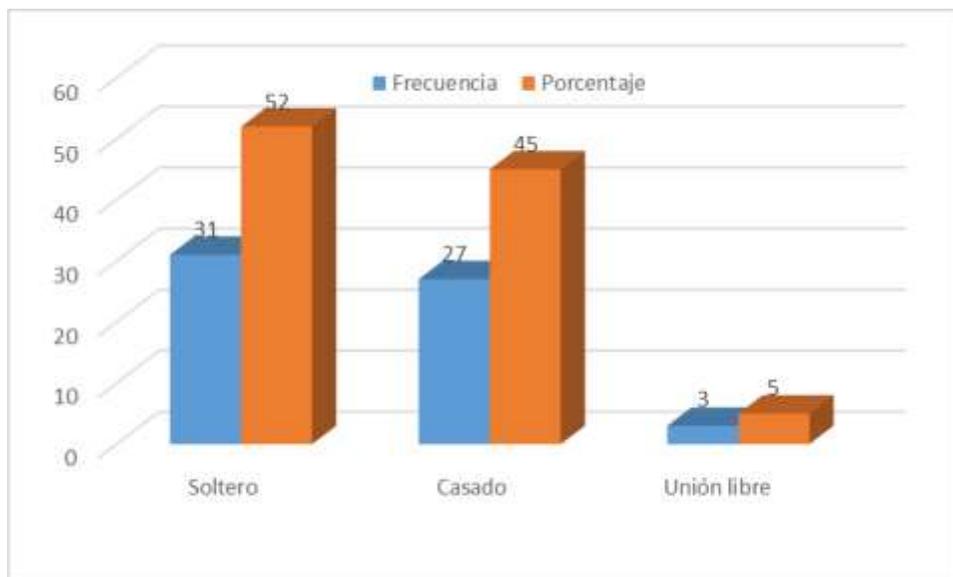
Se observa que el 40% de los pacientes que acuden a consultar del Hospital tienen más de 55 años, el 28% de 46 – 55 años, siendo el género masculino el más afectado.

Tabla No. 2

Distribución de los pacientes según estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	31	52
Casado	27	45
Unión libre	3	5
Total	60	100

Grafico No. 2



Se observa que el 52% de los pacientes son solteros, el 45% casado y un 5% convive en unión libre.

## VARIABLE Nivel de conocimiento referente a la diabetes mellitus tipo 2 en la población en estudio

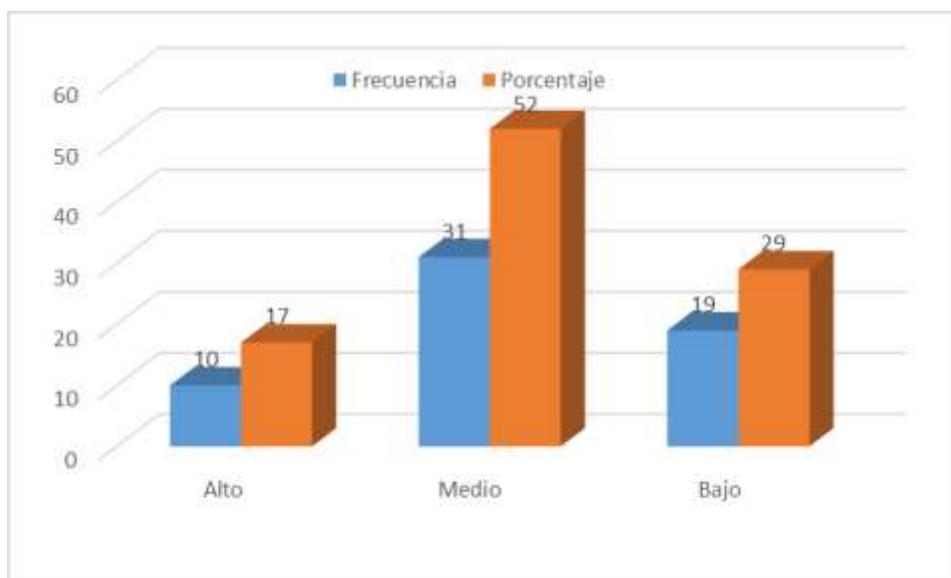
Tabla No. 3

Nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Alto	10	17
Medio	31	52
Bajo	19	29
Total	60	100

Gráfico No. 3

Nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad



A partir de la revisión de los controles médicos que se hacen los pacientes, y el conocimiento sobre su cuidado, se puede deducir que la mayoría presentan un nivel de conocimientos medio (52%) referido, principalmente, a definición de la diabetes, forma de diagnóstico, y si reconocen los niveles normales de glucosa. Los aspectos de nivel bajo (29%) esta dado que en su mayoría no identifican los signos y síntomas como poliuria, polidipsia y polifagia; las complicaciones que pueden presentarse como el coma diabético; y un significativo porcentaje (17%) presentan un nivel alto referido a que consideran que la diabetes es una enfermedad que se puede curar, los tipos de diabetes, lo cual los predispone a complicaciones derivadas de la enfermedad.

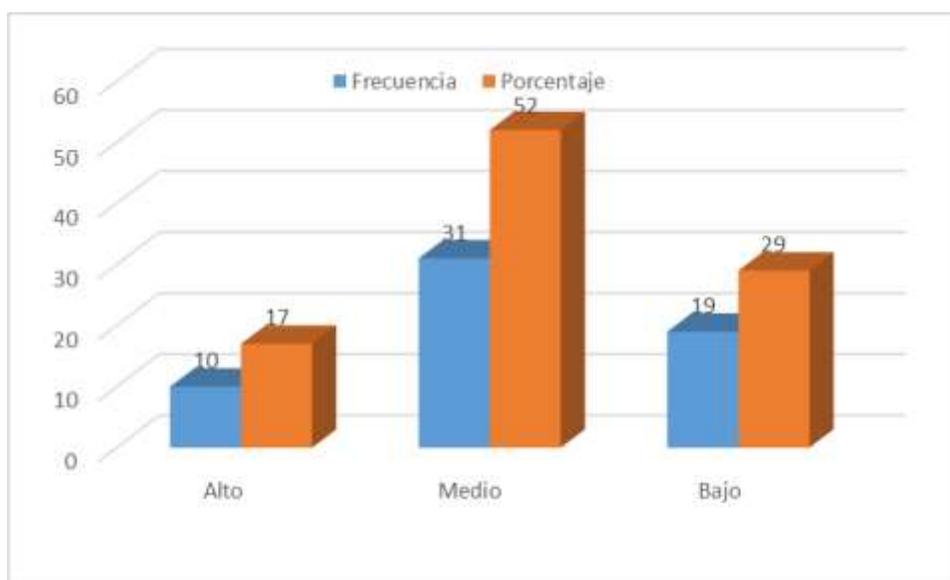
Tabla No. 4

Nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre los cuidados en el hogar

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Alto	10	17
Medio	27	45
Bajo	23	38
Total	60	100

Gráfico No. 4

Nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad



Nivel bajo (38%) referidos principalmente, a la cantidad de veces que debe comer un paciente diabético, el tipo de ejercicio que debe realizar, contraindicaciones para realizar los ejercicios, la administración de insulina y el tipo de calzado que deben utilizar. Nivel alto (17%) referidos al cuidado que deben tener con el azúcar en la alimentación diaria, a qué hora del día y cuánto tiempo como promedio deben durar los ejercicios, las zonas y la vía de administración de la insulina y la forma correcta de cortarse las uñas. Lo cual les predispone a presentar hipoglucemias o hiperglucemias y a presentar algún tipo de lesión en los miembros inferiores, que luego podrían convertirse en un “pie diabético”

**VARIABLE Elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes en estudio.**

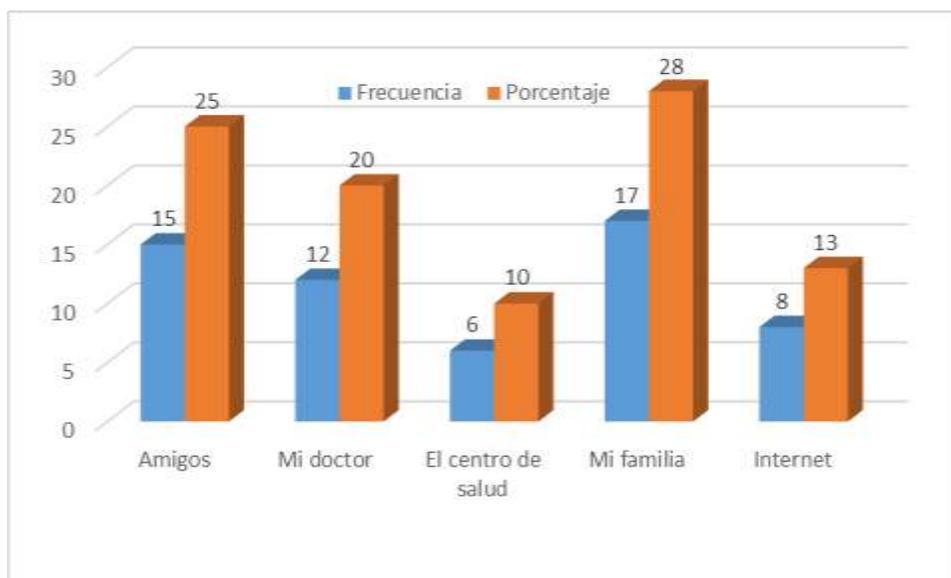
Tabla No. 5

La información que posee sobre la enfermedad la obtenido de

Información	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	15	25
Mi doctor	12	20
El centro de salud	6	10
Mi familia	17	28
Internet	8	13
Libros	2	4
Total	60	100

Gráfico No. 5

La información que posee sobre la enfermedad la obtenido de



La tabla y gráfica muestra que el 25% ha obtenido información de su enfermedad por vía de un amigo, el 28% por un familiar, el 20% a través de su médico, el 13% de internet, un 10% del centro de salud y un 4% de libros.

## VARIABLE Prácticas de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes

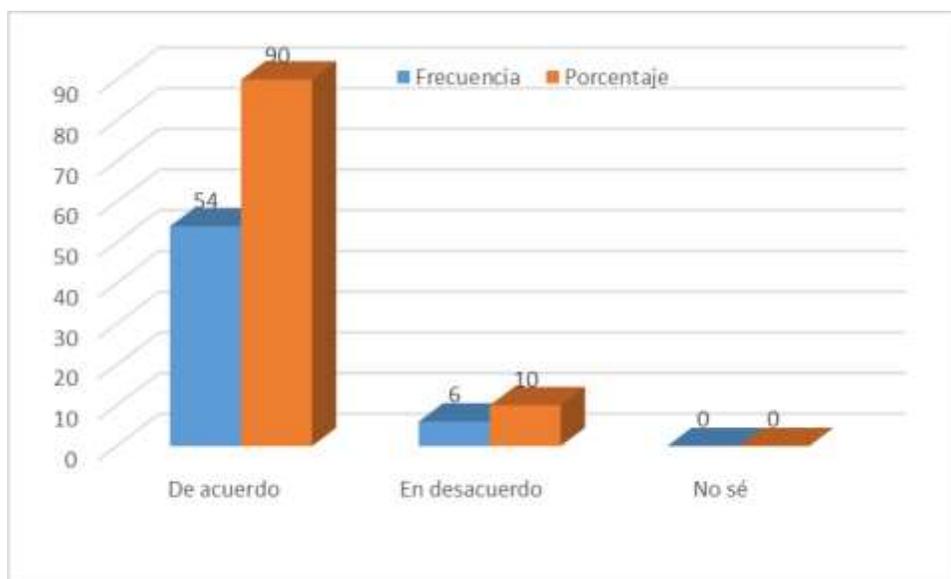
Tabla No. 6

Estaría usted de acuerdo en bajar de peso haciendo ejercicios físicos

Información	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	54	90
En desacuerdo	6	10
No sé	0	0
Total	60	100

Gráfico No. 6

Estaría usted de acuerdo en bajar de peso haciendo ejercicios físicos



Con respecto a realizar ejercicio físico para bajar de peso el 90% está de acuerdo y un 7.50 % no está en acuerdo ni en desacuerdo. Sin embargo, estarían dispuestos a bajar de peso en caso de tener sobrepeso.

## **VARIABLE Actitudes de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes**

Para clasificar las actitudes se utilizó la escala de Likert modificada, estableciendo actitudes de proposición positiva asignándose el valor de 3 puntos a las respuestas en acuerdo y el valor de 1 al desacuerdo, así como también hay actitudes de proposición negativa a las cuales se asignó 1 punto al acuerdo y 3 al desacuerdo y 2 puntos a la respuesta indecisa para ambos casos. Hay actitudes con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 3 de manera que el total mínimo a obtener es 10 y el máximo 30 puntos por cada encuesta.

Tabla No. 7

<b>Actitud</b>	<b>Acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>Desacuerdo</b>
Es difícil consumir comidas saludables	17	23	12
Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos	10	27	7
Me gustaría realizarme una evaluación anual de salud	15	17	20
Cuesta mucho mantenerse en forma	16	25	8
Recibo atención de buena calidad	19	27	13

El 60% está de desacuerdo referente a que es muy difícil preparar comidas saludables en cambio el 10.83 % está ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 29.17 % que está de acuerdo. Al referirnos si les gustaría saber más acerca de cómo estar saludable sin medicamentos el 88.9% está de acuerdo y solo el 11.1% no está de acuerdo ni en desacuerdo. Se interrogo a los pacientes diabéticos si les gustaría al menos una evaluación anual de salud y el 93.33 % está de acuerdo, respondiendo el 1.67 % que no está de acuerdo ni en desacuerdo. El mayor número de pacientes interrogados 54.17 % está de acuerdo con que cuesta mucho mantenerse en forma y el 10 % no está de acuerdo ni en desacuerdo.

## VARIABLE Valoración sobre la depresión en los pacientes

Tabla No. 8

### Escala de valoración para la depresión

INDICADOR DE ESTRÉS	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento decaído y triste.	15	17	20	8
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	16	25	8	12
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.	19	27	13	7
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	14	29	11	9
5. Como la misma cantidad de siempre.	15	17	20	8
6. Todavía disfruto el sexo.	14	29	11	9
7. He notado que estoy perdiendo peso.	16	25	8	12
8. Tengo problemas de estreñimiento.	19	27	13	7
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	14	29	11	9
10. Me canso sin razón alguna.	16	25	8	12

La aplicación de esta prueba se basó en los resultados para la depresión de Zung, la cual una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton. De acuerdo a esto en la tabla N° 5, al realizarse la correlación entre las variables ansiedad estado ansiedad rasgo, depresión y situaciones generadoras de estrés para la muestra, podemos señalar que en cuanto a la variable ansiedad estado y ansiedad rasgo se obtiene un  $r = ,454$  que es un valor estadísticamente significativo ( $p < ,05$ ), presentándose una correlación positiva media; por lo

que se puede asumir la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento, sin embargo contrario no se presentan relaciones significativas con las otras variables.

Así también la variable ansiedad rasgo no presenta valores significativos, con la depresión ni con las situaciones generadoras de estrés; por el contrario, en cuanto a los resultados acerca de la depresión y las situaciones generadoras de estrés para la muestra con adherencia al tratamiento en pacientes 103 diabéticos con adherencia al tratamiento se observa un valor de  $r = ,565$  que es un valor estadísticamente significativo ( $p < ,01$ ), presentándose una correlación positiva media; por lo cual se puede asumir la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y las situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para el análisis y discusión de los resultados se tomó como referencia la literatura revisada, el cruce de variables, del estrés y la depresión así como el conocimiento que tiene los pacientes sobre su enfermedad.

Con respecto al perfil sociodemográfico de los pacientes, el 40% de los pacientes que acuden a consultar del Hospital tienen más de 55 años, el 28% de 46 – 55 años, siendo el género masculino el más afectado. El 52% de los pacientes son solteros, el 45% casado y un 5% convive en unión libre.

En lo referente al conocimiento de su estado de salud, la situación es, pues solo 22,6% de los pacientes tenía conocimiento pleno de las complicaciones que presentaban o el hallazgo revelador de que a pesar de haber sido admitidos por hipoglicemia, los pacientes desconocieran esta era una complicación del tratamiento.

El hecho que sólo la cuarta parte de los pacientes conociera los resultados de los exámenes que les habían realizado, habla claramente de la poca información que los médicos brindamos a nuestros pacientes y la pérdida de oportunidades de educación hacia ellos.

Al analizar comparativamente la variable ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos, los resultados indican que existe una mayor presencia de la ansiedad en los pacientes diabéticos tipo2 sin adherencia al tratamiento en comparación con los pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento, propiciándose que la permanencia de factores desencadenantes de ansiedad no se acumulen y se disminuya el riesgo de propiciarse un cuadro de ansiedad (Valera, 2004), lo cual al parecer no se daría con mucha frecuencia en los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento.

En relación a la depresión se muestra una mayor evidencia de dicha variable en los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento en comparación con los pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia al tratamiento, aceptando lo propuesto en la hipótesis 3, lo cual si tomamos en cuenta la investigación de Cabello, et al, (1996) en la que se reporta que los pacientes crónicos y diabéticos presentan niveles más altos de sintomatología depresiva podemos presuponer entonces, que si bien los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan amplia probabilidad de presentar síntomas depresivos, los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento presentan una mayor vulnerabilidad a evidenciar dichos síntomas.

Así también al analizar la comparación de las situaciones generadoras de estrés para la muestra total considerando los grupos de adherencia y no adherencia al tratamiento encontramos una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento, aceptándose la hipótesis 4, ya que los pacientes sin adherencia presentan un menor ajuste a las diversas situaciones generadoras de estrés que en cualquiera de los dos casos ya sea con adherencia o sin adherencia nos da una percepción de estrés; sin embargo, en los pacientes diabéticos tipo 2 sin adhesión al tratamiento dicha percepción es mayor.

Al correlacionar las variables ansiedad estado y la ansiedad rasgo para pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento con un  $r = ,454$  ( $p < ,05$ ) se evidencia una correlación positiva media, lo cual posiblemente puede deberse que a pesar del proceso de ajuste que presentan los pacientes con adherencia al tratamiento, el aspecto circunstancial de su diagnóstico y la capacidad de autocontrol que este tipo de paciente asume a fin de controlar las posibles complicaciones que pudieran presentarse a consecuencia de padecer diabetes tipo 2.

Favorece la presencia de la ansiedad estado que en la presente investigación se encuentra caracterizada por la constante de cronicidad de la diabetes tipo 2 (Gil e Ybarra, 2009) aunada con la ansiedad rasgo que es caracterizada por su tendencia

estable y consistente del comportamiento (Gutiérrez, 2006), por lo que podemos argüir la existencia de una interdependencia entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en los pacientes con adherencia al tratamiento.

Así también al buscar la relación entre la ansiedad estado y las situaciones generadoras de estrés para pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento se obtiene como resultados un  $r = ,294$  ( $p > ,05$ ), no encontrándose una relación significativa, dicho resultado contrasta con la investigación de Ortiz (2006) quien señala la existencia de asociaciones entre el estrés con la baja adherencia por lo que si se toma en cuenta las características de adaptación que presentan los pacientes con adherencia al tratamiento, veremos que estos pacientes se ven favorecidos con un mejor control de las respuestas de ansiedad y de percepción de situaciones generadoras de estrés, siendo así que dicha condición de adherencia al tratamiento favorece en presentar una menor respuesta de dichas variables.

Respecto a la relación entre la ansiedad rasgo y la depresión para pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento se evidencia un  $r = ,358$  ( $p > ,05$ ), no encontrándose una relación significativa, lo cual a pesar de ser características que pudiéramos encontrar en los pacientes diabéticos tipo 2, el que los pacientes presenten adherencia al tratamiento es un factor que propicia cierta adaptación y control en la manifestación de estas variables.

En tanto a la existencia de una relación entre la depresión y las situaciones generadoras de estrés para pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento se presenta un  $r = ,565$  ( $p < ,01$ ), evidenciándose una correlación positiva media. Lo que posiblemente guarda relación con el hecho de que la depresión es considerada como un producto de factores ambientales como disposicionales y la condición de ser un paciente crónico es en sí una característica predisponente del individuo quien a pesar de su condición de adherencia al tratamiento el medio cambiante en el que se desenvuelve como es el cambio en el estilo de vida puede sobrepasar a los recursos de adaptación que pudiera tener, presentándose una interdependencia entre las

situaciones generadoras de estrés y la depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia al tratamiento.

Así mismo, la relación entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo para pacientes diabéticos sin adherencia al tratamiento con un  $r = ,689$  ( $p < ,01$ ) se evidencia una correlación positiva considerable lo cual guardan relación con lo descrito anteriormente, en cuanto a que dicha relación se ve favorecida a que se presente por la característica de cronicidad del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sin embargo se debe resaltar que en este tipo de pacientes sin adherencia al tratamiento se evidencia una mayor relación entre dichas variables, lo que se reflejaría en la dificultad de adaptación que suelen presentar los pacientes sin adherencia al tratamiento.

## CONCLUSIONES

Después de realizar el proceso investigativo y tomando en cuenta los objetivos propuestos en esta tesis, se emiten las siguientes conclusiones:

En el grupo encuestado predominó el sexo femenino y el grupo etáreo de 55 años y más (40%), estado civil solteros (52%), y con escolaridad primaria. En relación a los conocimientos básicos, un alto porcentaje de las personas en estudio tienen un nivel de conocimiento medio (52%), con un nivel de conocimiento sobre los cuidados bueno 45%.

En cuanto a los elementos utilizados para la obtención de la información de los pacientes sobre su enfermedad se reveló que proviene de sus familias (28%), por lo que existe una carencia de información sobre su enfermedad y su estado de salud probablemente debido a falta de comunicación o uso de estrategias de comunicación e información deficiente.

Respecto a los factores de riesgos de la población, el 90% de los pacientes estaría de acuerdo en bajar de peso.

En relación a la actitudes de la población estudiada en relación a los factores de riesgo de la diabetes, el 60% está de desacuerdo referente a que es muy difícil preparar comidas saludables en cambio el 10.83 % está ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 29.17 % que está de acuerdo. El mayor número de pacientes interrogados 54.17 % está de acuerdo con que cuesta mucho mantenerse en forma y el 10 % no está de acuerdo ni en desacuerdo.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento.

Los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento revelan una mayor presencia de la depresión, que los pacientes con adherencia al tratamiento.

Los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento revelan una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés, que los pacientes con adherencia al tratamiento.

Finalmente podemos señalar que la presencia de las variables trabajadas en la presente investigación como son la ansiedad estado, la ansiedad rasgo, la depresión y las situaciones generadoras de estrés se muestran más prevalentes en los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento.

## RECOMENDACIONES

Incentivar a los estudiantes a la investigación científica en el sector de atención primaria de las principales patologías crónicas que afectan a la población, para lograr incidir en esta problemática de una mejor manera, en la formación intelectual temprana de los profesionales de la salud.

Fomentar en los estudiantes de áreas básicas y clínicas de la carrera de Medicina, en la asignatura de atención primaria en salud, un acercamiento de los estudiantes en formación con la población; mediante charlas interactivas que expliquen de manera dinámica, clara y concisa las patologías crónicas a los pacientes en general, para que sirva de prevención y educación para estos mismos.

### Al Centro de Salud

Promover más el grupo de autoayuda, para que se unan nuevos pacientes crónicos y población en general, ya que con una educación adecuada los pacientes tendrán una mejor calidad de vida, tanto para el control de la enfermedad como para su prevención.

Que los médicos que atienden en dispensarizados motiven a los pacientes a ser parte de grupo de autoayuda para que tengan mejores conocimientos y actitudes sobre su enfermedad y así reducir las complicaciones que trae consigo la diabetes. ∞  
Realizar un esquema de nutrición del paciente diabético de acuerdo a la canasta básica nicaragüense, para que tengan una dieta más equilibrada.

Que las clases sean interactivas, para que así el paciente no solamente sea receptor de la información, sino también emisor; y logre expresar sus dudas e inquietudes; y el personal de salud logre dar salida a estas.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almazán, S (2004) Modelo sistémico aplicado a las familias. Barcelona: Kyos Barcelo A. (2001) Diabetes in Bolivia. Organización Panamericana de la Salud EE.UU: Editorial Public Health.

Bowlby, J. (1997) La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona España: ediciones Paidós Ibérica. Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados a la Salud. Décima revisión. (CIE-10).

(1) Calderón Velazco, Rolando. Diabetes mellitus en el Perú. 1996

(2) Seclen Santisteban, Segundo. La Diabetes Mellitus, problema de salud publica en el Perú. Lima Perú 2000 pag. 96

(3) Diabetes Mellitus en el Perú – MINSA (en linea) disponible en [http://www.mintra.gob.pe/contenidos/discapacidad/estudio\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://www.mintra.gob.pe/contenidos/discapacidad/estudio_diabetes_mellitus.pdf)

(5) Urbina Gonzales, Jaime. Historia de la Diabetes 2<sup>o</sup> ed. Lima – Perú 1998

(6) Peredo Cavaza, Rosa Francisca. Conocimientos que tienen los pacientes con diabetes mellitus acerca de la enfermedad, tratamiento y prevención de complicaciones en el hogar [tesis para optar el título profesional de Lic. En enfermería]. 1982.

(8) Orrego M. Arturo. Fundamentos de Medicina – Endocrinología 5<sup>o</sup> ed. Medellín – Colombia 1998

(9) Nivel de Información de la Diabetes y Complicaciones Crónicas en Pacientes Controlados en el Hospital I. Lagunillas. Mérida (en linea) disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos30/nivel-informacion-diabetescomplicaciones-cronicas/nivel-informacion-diabetes-complicacionescronicas>.

Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente Joven. Publicación Científica Nº 552. Editores Matilde Magdaleno. USA: OPS; 2009. Disponible en: <https://www.google.co.ve/#q=1.%09Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+La+Salud+del+Adolescente+Joven.+Publicaci%C3%B3n+Cient%C3%ADfica+N%C2%BA+552>. [Consultado 22/04/2016].

Panamericana de la salud / OPS) “Prevalencia y tenencia del embarazo en adolescentes. Washington. (2010)

Corona, José & Ortega, Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Revista MEDISAN. 2013: Vol. 17(1):78-85.

Oficina nacional de estadísticas / ONE “madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana. (2011)

Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos en el distrito de San Juan de Lurigancho, *Ágora Rev Cient.*2015; 02(01):79-88.

Navarro y López, realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – Setiembre 2012.

Sánchez-M. [María C.](#), Dávila-M. [Rocío](#), Ponce-Rosas [Efrén R.](#) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, [Volume 22, Issue 2](#), April–June 2015, Pages 35–38.

Mota Glenny, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, conocimiento sobre métodos de planificación familiar en adolescentes del instituto politécnico Profesor Juan Bosch, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal durante enero-febrero 2014.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.

## FORMULARIO TIPO CUESTIONARIO

### Presentación

Sr. (a). Buenos días, soy estudiante de Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, y en coordinación con el Hospital Juan Pablo Pina, estoy realizando un trabajo de investigación titulado “Grado de estrés y depresión que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad”; para lo cual solicito que respondan con total sinceridad, ya que los resultados de esta investigación servirá de referencia para la mejora de la educación que brinda el servicio. INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con un aspa (X) o encierre en un círculo la respuesta que Ud. crea correcta.

### DATOS GENERALES

Edad..... Sexo..... Estado civil.....

Grado de instrucción..... Parentesco con el paciente .....

## Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Nombre y Apellidos:..... Edad: ..... Sexo: (H) (M) Fecha: .....

**Instrucciones:**

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (x) la columna adecuada.

	Muy poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Auto Evaluación A (E/R)

Nombre y Apellidos:..... Edad: .... Sexo: (H) (M) Fecha: .....

Instrucciones

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A-E

	Nada	Algo	bastante	Mucho	0
1.- Me siento calmado	0	1	2	3	
2.- Me siento seguro	0	1	2	3	
3.- Me siento tenso	0	1	2	3	
4.- Estoy contrariado	0	1	2	3	
5.- Me siento a gusto	0	1	2	3	
6.- Me siento alterado	0	1	2	3	
7.- Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3	
8.- Me siento descansado	0	1	2	3	
9.- Me siento angustiado	0	1	2	3	
10.- Me siento confortable	0	1	2	3	
11.- Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3	
12.- Me siento nervioso	0	1	2	3	
13.- Estoy desasosegado (intranquilo)	0	1	2	3	
14.- Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3	
15.- Estoy relajado	0	1	2	3	
16.- Me siento satisfecho	0	1	2	3	
17.- Estoy preocupado	0	1	2	3	
18.- Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3	
19.- Me siento alegre	0	1	2	3	
20.- En este momento me siento bien	0	1	2	3	

## Cuestionario de salud

### Datos generales

Nombres y apellidos:.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:..... Sexo: (H) (M)

Centro hospitalario donde se atiende: HCFAP( ) Otro( )

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Conviviente

No. de hijos:.....

### Instrucciones:

(Marcar con un aspa "X" y/o contestar donde sea necesario)

### Información Médica:

¿Es paciente diabético? **SI NO**

¿Hace que tiempo fue diagnosticado? 1 MES( ) 1 año( ) Más de 1 año( )

¿Qué diagnóstico tiene?

( ) Diabetes Mellitus Tipo I (Insulino dependiente)

( ) Diabetes Mellitus Tipo II (No Insulino dependiente)

¿Usted va a hacerse sus controles médicos? **SI NO**

¿Cada que tiempo hace sus controles médicos?.....

¿Cuándo fue su ultimo control? (especifique mes y año).....

¿Cuánto fue su nivel de glucosa en su último control?.....

¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su diabetes? **SI NO**

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación? **SI NO**

Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación? **SI NO**

Si alguna vez le cae mal ¿deja de tomarla? **SI NO**

¿Cuál es el nombre de su médico?.....

