



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“DISTRÉS RELACIONADO CON DIABETES (DD) EN
ADULTOS ATENDIDOS EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
POLICLÍNICO JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ LAZO: JULIO
2019-JULIO 2020”

NOMBRE DEL AUTOR: DAYANA URDAY FERNÁNDEZ

NOMBRE DEL ASESOR: MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

LIMA – PERÚ

2019

2. RESUMEN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica multifactorial, que causa discapacidad y mortalidad y una carga financiera importante. Su frecuencia está aumentando en el Perú, aunado con condiciones psicosociales que dificultan la evolución, como es la aparición de Distrés por Diabetes (DD) y otros problemas mentales. Los establecimientos del primer nivel de atención deben priorizar la detección e intervención precoz ante estos problemas, para lo cual se necesita generar evidencias de la situación actual a nivel local que permitan una base para futuras intervenciones a nivel clínico y de gestión.

El objetivo general de este estudio es determinar la frecuencia de DD en adultos atendidos en Medicina Familiar del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo-EsSalud periodo julio 2019-julio 2020. De manera específica, se busca identificar la frecuencia de casos de DD leve y DD moderado/severo, analizar la frecuencia de cada componente del DD, describir el control glicémico en adultos diabéticos sin DD, con DD leve y moderado / severo, describir la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos con DD leve y moderado, identificar la coexistencia de depresión probable en adultos con DM2 y DD. Es un estudio de tipo transversal, en donde se incluirán pacientes con DM2 entre 20 y 60 años atendidos en consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo-EsSalud durante el periodo julio 2019-julio 2020. Los datos serán obtenidos aplicando escalas validadas como la DSS-17, Morinsky-Green, PHQ-2, respectivamente; además se consultará el sistema informático de registro de atenciones.

Palabras clave : depresión, distrés, diabetes mellitus 2.

3. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica multifactorial, que causa discapacidad y mortalidad en un alto porcentaje de la población a nivel mundial. En los últimos años más de 80% de las muertes causadas por esta enfermedad se han registrado en países de ingresos bajos y medios y se estima que su carga de morbilidad aumentará en todo el mundo, en particular en países en desarrollo (1-3). En este sentido, se evidencia que durante el periodo de 1980 a 2014, la prevalencia mundial de la DM2 en personas mayores de 18 años ha aumentado de 4,7% (108 millones de personas) a 8,5% (422 millones de personas), con una curva de crecimiento más rápido en los países de ingresos medianos y bajos como el Perú (4).

La diabetes mellitus (DM) representa una carga financiera importante para las personas y la sociedad. Se estima que el costo anual de la diabetes diagnosticada en 2017 fue de \$ 327 mil millones (\$ 237 mil millones en costos médicos directos y \$ 90 mil millones en productividad reducida). Esto se relaciona con el aumento de la prevalencia de la diabetes y el aumento del costo por persona con esta enfermedad (5). Representa una gran carga económica para cada país en el mundo, no solo por el impacto sobre el total de la economía, sino también por la merma en el potencial del ciudadano afectado para contribuir al desarrollo económico (6). Por tanto, se necesitan estrategias continuas para brindar una atención optimizada y reducir los costos relacionados (5).

En cuanto al Perú, el Análisis de las Causas de Mortalidad 1986-2015 publicado por el Ministerio de Salud (MINSA) revela que las primeras causas de muertes en el 2015 fueron: infección respiratoria aguda baja, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón, entre otras enfermedades crónicas. Además, durante los últimos 30 años, la diabetes mellitus subió de ubicación como causa de mortalidad de manera importante, pasando del puesto 23 en 1986 a ocupar el puesto 3 en el 2015 (7). Según los datos del MINSA, el aumento de la mortalidad atribuida a la DM en Perú fue mayor en la costa, intermedio en la selva y menor en la sierra (8).

También, a través de la vigilancia epidemiológica de DM2 que se realizó el 2012 en 12 hospitales piloto (con aprox. 3,000 personas con diabetes), se estableció que, al momento de ser captados, el 91% contaba con glucemia en ayunas, de los cuales 65% presentaba cifra de ≥ 130 mg/dL, y de los que tenían hemoglobina glucosilada, (29%), 67% tenía cifras $\geq 7\%$. Además, solo el 35% tuvo al menos una consulta de control. Respecto a las complicaciones, el 30% de presentaba alguna complicación macro o micro vascular siendo las más frecuentes la neuropatía (21%), el pie diabético (6%), la nefropatía (4%) y la retinopatía (2%) (9).

La diabetes es una enfermedad crónica y compleja que requiere seguimiento médico continuo con estrategias de reducción de riesgos de diferentes tipos, además del control glucémico. La educación y el apoyo continuo para el autocuidado del paciente son fundamentales para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo (5). Los objetivos del tratamiento para la diabetes son prevenir o retrasar las complicaciones y mantener la calidad de vida.

Conseguir una buena adherencia al tratamiento y lograr las metas terapéuticas es todo un desafío para los servicios de salud en el mundo. Por ejemplo, en un estudio realizado en población

norteamericana durante una década (1999-2010), el 33–49% de los pacientes no cumplía con los objetivos generales para el control glucémico, de la presión arterial o el colesterol (10). Ciertos segmentos de la población, como adultos jóvenes y pacientes con comorbilidades complejas, dificultades económicas o de otro tipo, enfrentan desafíos particulares para el cumplimiento de las metas terapéuticas. Además, la variabilidad persistente en la calidad de la atención de los servicios de salud que se encargan del seguimiento de estos pacientes, indica que aún se necesitan mejoras sustanciales a nivel del sistema (11).

El autocuidado es la base en el seguimiento de diabetes, se espera que las personas con diabetes realicen actividades diarias indicadas para ayudar a evitar la morbilidad y la mortalidad relacionadas. En este sentido, el bienestar emocional de las personas afectadas por diabetes es un aspecto fundamental debido a que los problemas psicológicos y sociales pueden afectar su capacidad y la de su entorno cercano para llevar a cabo las tareas de cuidado y, por lo tanto, comprometer el estado de salud en general (5).

Las personas con diabetes y sus familias enfrentan a varios problemas para integrar los cuidados que requiere la enfermedad en la vida diaria, considerando responsabilidades laborales, presupuesto familiar, hábitos de alimentación de la familia, horarios para responsabilidades en el hogar, reuniones sociales, etc. Para promover resultados médicos óptimos y bienestar psicológico, la atención centrada en el paciente es esencial, vale decir, la práctica de la atención psicosocial personalizada la cual requiere buena comunicación, la identificación de problemas, la evaluación psicosocial, la evaluación diagnóstica y los servicios de intervención requeridos que tengan en cuenta el contexto de la persona con diabetes (12).

Otros problemas psicosociales que se sabe afectan el autocuidado y los resultados de salud incluyen actitudes sobre la enfermedad, expectativas de manejo y resultados médicos, recursos disponibles (financieros, sociales y emocionales) y antecedentes psiquiátricos (5). Visto de este modo, muchas personas con diabetes se sienten agobiadas por el desafío que representan el autocuidado y experimentan frustración, ira, miedo e impotencia, que se denominan colectivamente como Distrés por Diabetes (DD) (13).

El DD se distingue de otros trastornos psicológicos que afectan a personas con DM2 y se refiere a las reacciones psicológicas negativas significativas relacionadas con la carga emocional y preocupaciones específicas de la experiencia de un individuo al tener que manejar una enfermedad crónica grave, complicada y exigente, como la diabetes. Las demandas de comportamiento constantes (dosis de medicamentos, frecuencia y titulación; control de la glucosa en sangre, ingesta de alimentos, patrones de alimentación y actividad física) de la autogestión de la diabetes y el potencial o la real progresión de la enfermedad están directamente asociados con el DD (14).

Se informa que la prevalencia de DD es de 18 a 45%, con una incidencia de 38 a 48% en 18 meses. En el segundo estudio Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2), el 45% de los participantes reportó un DD significativa, pero solo el 24% informó que sus equipos de atención médica les preguntaron cómo la diabetes afectaba sus vidas (15). Los niveles altos de DD se han asociado con un control glucémico deficiente y una alta prevalencia de complicaciones en diversos estudios. Clínicamente, lidiar con DD es importante porque puede presentar un obstáculo psicológico para las conductas de autocuidado eficaces y, por lo tanto, para lograr un buen control glucémico (16). Los altos niveles de DD tienen un impacto significativo en los

comportamientos de toma de medicamentos y están relacionados con un mayor A1C, una menor autoeficacia y un peor comportamiento en la dieta y el ejercicio (17).

Los estándares para el cuidado de pacientes con Diabetes sugieren el monitoreo rutinario a las personas con diabetes para detectar DD, especialmente cuando no se cumplen los objetivos del tratamiento y / o al inicio de las complicaciones de la diabetes. Se ha demostrado que DSMES (Diabetes self-management education and support) reduce el DD (18). Puede ser útil brindar asesoramiento con respecto a distrés psicológico esperado por diabetes frente al distrés psicológico generalizado en el momento del diagnóstico y cuando cambia el estado de la enfermedad o el tratamiento (18, 19)

Si se identifica DD, la persona debe ser derivada para recibir educación específica sobre la diabetes para abordar las áreas de cuidado personal que son más relevantes para el paciente y tienen un impacto en el manejo clínico. Las personas cuyo autocuidado permanece afectado después de una educación adaptada deben ser remitidas por su equipo de atención médica a un proveedor de salud del comportamiento (behavioral health provider) para su evaluación y tratamiento (14). Una revisión sistemática y un metanálisis mostraron que las intervenciones psicosociales mejoraron de manera modesta pero significativa A1C (diferencia de medias estandarizada -0.29%) y resultados de salud mental. Sin embargo, hubo una asociación limitada entre los efectos en la A1C y salud mental, y ninguna característica de intervención predijo un beneficio en ambos resultados (14).

El DD debe diferenciarse de la depresión debido a las diferencias en los orígenes y manejo adecuado. La Escala de DD de 17 ítems (DDS17) es una medida ampliamente utilizada y validada para evaluar el DD, con alta confiabilidad y validez en muchos entornos, países y culturas (20-22). Los elementos DDS17 se pueden usar para identificar áreas de interés específico del paciente, como son: a) Distrés relacionado a la carga emocional (sentimientos de agobio, frustración, desesperanza); b) Relacionado a la relación con el profesional de la salud (problemas de acceso, comunicación; c) Relacionado con el régimen (problemas para seguir las pautas de control y autocuidado); d) Relaciones interpersonales (cómo la diabetes afecta sus relaciones interpersonales). Por ejemplo, en el estudio de Nanayakkara y col., se encontró que la mayoría de DD se encontraba en los dominios de distrés relacionado con el régimen y las cargas emocionales, mientras que en estudios realizados en Dinamarca, China y México, el distrés relacionado con el régimen también fue una fuente de distrés mayor que aquel relacionado al médico ó relaciones interpersonales (21, 23,24)

La depresión afecta hasta un 40% de los pacientes con diabetes (25,26). Las personas con diabetes tienen un riesgo 2–4 veces mayor de sufrir depresión en comparación con las personas sin ella. La depresión se asocia con mayor Hb glicosilada, mayores tasas de complicaciones y mortalidad. Esta asociación puede ser mediada por autocuidado sub-óptimo, adherencia a la medicación, calidad de vida relacionada con la salud pero también por rutas fisiopatológicas comunes (27). El impacto negativo de la depresión en la diabetes puede explicarse en parte por el DD (28) Encuestas poblacionales demuestran que la depresión como el DD son prevalentes entre adultos con DM2 (24).

En nuestro país se han realizado diversos estudios para conocer el impacto del DD y depresión en pacientes con DM2. Patilla C. realizó un estudio con 55 pacientes adultos con edades

comprendidas entre 43 y 87 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del área de endocrinología en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP), encontrando la existencia de diferencias significativas entre la estado de ansiedad estado, ansiedad como rasgo, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento, los pacientes sin adherencia mostraron una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los pacientes con adherencia al tratamiento (29). Rodríguez J, realizó un estudio con 322 adultos con diabetes mellitus 2 en el Hospital I Albrecht de ESSALUD Trujillo, concluyendo que el distrés relacionado con la diabetes fue un factor de riesgo de mal control metabólico. La depresión aumentó el riesgo de mal control metabólico, pero no significativamente; así mismo, el componente del DD que influyó de manera significativa en la relación distrés–mal control metabólico es la emocional (30). Así mismo, Constantino-Cerna A. y col. desarrollaron una investigación con el objetivo de estimar la frecuencia de ansiedad y depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2, incluyeron 270 pacientes adultos con diabetes tipo 2 que acudieron al consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Chiclayo; concluyeron que la frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes fue elevada, pero no se encontró asociación entre depresión y ansiedad con el control glicémico (31). El año 2016, el Instituto Nacional del Perú realizó un estudio con la finalidad de evaluar el nivel de comorbilidad entre la depresión y otras enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y trastorno por consumo de alcohol en el Perú, a partir del análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2015. Se concluyó que existe suficiente evidencia que indica una importante comorbilidad entre los síntomas y trastornos depresivos y enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y el consumo problemático de alcohol, siendo mayor la presencia de depresión entre personas víctimas de violencia doméstica. Por tanto, sugiere la necesidad de identificar y brindar respuesta a la presencia de síntomas y trastornos depresivos como componente del tratamiento a personas que sufren de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el consumo riesgoso de alcohol, así como intervenciones dirigidas a disminuir la violencia de pareja, así como contar con más estudios que permitan entender la patogénesis y direccionalidad de la relación entre la depresión y las enfermedades crónicas (32).

El Ministerio de Salud del Perú publicó el año 2015 una Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, el cual es tomado como referencia en establecimientos a nivel nacional. Se establece ahí que las personas con DM-2 entren en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita que la persona conozca su enfermedad para lograr el autocontrol y adherencia al tratamiento, así mismo, se sugieren estrategias psicoeducativas para estos pacientes (9).

Dentro de la organización de la oferta de servicios de salud, es en el primer nivel de atención donde se debe cumplir un rol hegemónico en la atención integral del paciente, desde un enfoque biopsicosocial y considerando la familia y la comunidad. Por la cercanía al entorno del paciente, es en la atención primaria donde se deben realizar prioritariamente intervenciones educativas y de salud mental para contribuir al autocuidado en las enfermedades crónicas en general, y la DM2 en particular. Para tal fin, es necesario contar con suficientes evidencias que permitan un diagnóstico inicial de estos problemas en los pacientes con DM2 y cómo se relaciona con el

control de la enfermedad; este estudio busca contribuir a generar esas evidencias necesarias en nuestra realidad local.

4. OBJETIVOS

- Objetivo General

Determinar la frecuencia del distrés relacionado con diabetes (DD) en adultos atendidos en los consultorios externos de Medicina Familiar del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo-EsSalud durante el periodo julio 2019-julio 2020.

- Objetivo Específicos

- Identificar la frecuencia de casos de DD leve y DD moderado/severo.
- Analizar la frecuencia de cada componente del DD en la población estudiada.
- Describir el control glicémico en adultos diabéticos sin DD, con DD leve y moderado / severo.
- Describir la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos con DD leve y moderado.
- Identificar la coexistencia de depresión probable en adultos con DM2 y DD.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

Estudio de tipo transversal.

b) Población:

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 20 y 60 años atendidos en consultorios de Medicina Familiar del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo-EsSalud durante el periodo julio 2019-julio 2020.

Criterios de inclusión:

- Paciente asegurado entre 20 y 60 años con diagnóstico definitivo de DM2 atendido en consultorio de Medicina Familiar en el periodo de estudio, que accede voluntariamente al estudio y suscribe el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Tener enfermedad renal terminal en hemodiálisis o diálisis peritoneal, insuficiencia cardiaca congestiva grado III-IV, amputación de miembro inferior supracondílea, ceguera, sordera, trastorno mental, que dificulte la entrevista (demencia, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, secuelas de accidente cerebrovascular) y hablar un idioma diferente al español.

c) Muestra: no corresponde.

d) Definición operacional de variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES-UNIDAD	FORMA DE REGISTRO
EDAD	Cuantitativa continua	Numerica continua	Número de años cumplidos del paciente	Años	Sistema Informático de Registro de Atenciones
SEXO	Cualitativa	Nominal	Sexo del paciente que figura en registros de atención en sistema informático	Masculino/Femenino	Sistema Informático de Registro de Atenciones
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	Estado civil declarado por paciente al momento de aplicación del instrumento.	Soltero	Instrumento de recolección
				Separado / Divorciado	
				Viudo	
				Casado/Conviviente	
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Estado de alfabetización o nivel de estudios máximo alcanzado según declaración del paciente	Analfabeto	Instrumento de recolección
				Sabe leer pero carece de estudios	
				Primaria incompleta	
				Primaria completa	
				Secundaria completa	
				Superior	
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ocupación a la que se ha dedicado predominantemente el paciente en el último semestre.	Ama de casa (o similar)	Instrumento de recolección
				Estudios	
				Trabajo independiente	
				Estudia y trabaja	
Control glucémico	Cualitativa	Nominal	Último valor de Hemoglobina Glicosilada medida con una antigüedad máxima de 1 mes.	Buen control si $< 7\%$.	Sistema Informático de Registro de Atenciones
				Mal control si $\geq 7\%$	
Adherencia al tratamiento	Cualitativa	Nominal	Cumplimiento de pautas de administración de medicamentos por el paciente, según escala de Morinsky Green (4 ítems). Buena adherencia al tratamiento si responde correctamente a los 4 ítems.	Buena adherencia	Instrumento de recolección
				Mala adherencia	
Distrés por Diabetes	Cualitativa		Distrés identificado por el paciente a través de la escala DSS-17 que resulte en puntuación de 1 ó más en el resultado global.	No distrés	Instrumento de recolección
				Distrés leve	
				Distrés moderado/severo	
Depresión probable	Cualitativa	Nominal	Estado de ánimo referido a través de cuestionario PHQ-2, que resulta en puntaje total ≥ 3 .	Sí / No	Instrumento de recolección

e) Procedimientos y técnicas:

A todos los pacientes con diagnóstico de DM2 en el rango de edad de la población de estudio que se atiendan en los consultorios de Medicina Familiar del policlínico Juan José Rodríguez Lazo en el periodo de estudio, se les consultará si accederían a una evaluación de probable distrés, la cual podría llevarse a cabo en ese momento ó previa cita los martes en las tardes, que es el horario donde se realizan actividades de Consultorio Docente en el Aula de Residentes.

Prevía firma de consentimiento informado, se le daría el instrumento de recolección de datos para que lo complete

El instrumento de recolección constará de las siguientes partes: a) Datos de Filiación (número de DNI, estado civil, ocupación) b) Evaluación de Distrés por Diabetes: Escala de DSS-17 c) Evaluación de depresión: Cuestionario PHQ-2 d) Evaluación de Adherencia al tratamiento: Morinsky-Green (4 ítems) (Ver Anexo).

Los resultados serían comentados al paciente en la siguiente consulta, así como las intervenciones a realizar.

Los demás datos del paciente: control metabólico, sexo, edad serán obtenidos del Sistema de Registro de Atenciones.

f) Aspectos éticos del estudio:

El proyecto antes de ejecutarse será enviado al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) para revisión.

El proyecto se rige a los principios y lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Las personas que participen lo harán de manera voluntaria, firmarán un consentimiento y/o asentimiento informado al inicio del estudio revisado y aprobado por el CIE-UPCH.

g) Plan de análisis:

Se realizará estadística descriptiva de las preguntas de la escala DSS- 17, Escala Morinsky-Green, PHQ-2 y Control glucémico, para lo cual se confeccionará una base de datos para registrar las respuestas y las variables. La información será codificada, identificando a cada persona con el número de DNI. Los datos serán procesados en una hoja de cálculo Excel, luego se realizará el análisis estadístico con el programa STATA 12.0. Las puntuaciones serán presentadas como porcentajes del máximo puntaje obtenido, con resultados reportados como media \pm desviación estándar, de corresponder

Se presentará la información analizada en tablas de frecuencia de doble entrada con valores absolutos y relativos:

- Frecuencia de DD en la población estudiada.
- Frecuencia de DD leve y DD moderado/severo en la población estudiada

- Características socioeconómicas en los grupos de pacientes con DD leve y DD moderado/severo.
- Pacientes afectados por DD moderado/severo según cada componente (carga emocional, régimen, relación médico-paciente, relaciones interpersonales).
- Adherencia al tratamiento y control metabólico en pacientes afectados con DD moderado/severo según cada componente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Día Mundial de la Salud 2016: Vence a la Diabetes. OMS 2016. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Centro de prensa. OMS 2016. Disponible en: <https://www.who.int/diabetes/global-report/en/>
3. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la diabetes. OMS 2016. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>
4. Mendoza Romo, Miguel Ángelet al. Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el índice de desarrollo humano. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 41 Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.103>>. Epub 12 Abr 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.103>.
5. American Diabetes Association. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. Diabetes Care Jan 2019, 42 (Supplement 1) S34- S45; DOI: 10.2337/dc19-S004.
6. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. Séptima Edición 2015.
7. Ministerio de Salud. Análisis de las Causas de Mortalidad en el Perú, 1986-2015.
8. Atamari-Anahui N, Ccorahua-Rios MS, Taype-Rondan A, Mejia CR. Mortalidad atribuida a diabetes mellitus registrada en el Ministerio de Salud de Perú, 2005-2014. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e50. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.50>.
9. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ENT -- Lima: Ministerio de Salud; 2016.
10. Ali MK, Bullard KM, Saaddine JB, Cowie CC, Imperatore G, Gregg EW. Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999-2010. N Engl J Med 2013; 368:1613–1624.

11. American Diabetes Association. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care* Jan 2019, 42 (Supplement 1) S7-S12; DOI: 10.2337/dc19-S001.
12. Deborah Young-Hyman, Mary de Groot, Felicia Hill-Briggs, Jeffrey S. Gonzalez, Corey Hood, Mark Peyrot. Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* Dec 2016, 39 (12) 2126-2140; DOI: 10.2337/dc16-2053
13. Hayashino, Yasuaki & Okamura, Shintaro & Tsujii, Satoru & Ishii, Hitoshi. Association between diabetes distress and all-cause mortality in Japanese individuals with type 2 diabetes: a prospective cohort study (Diabetes Distress and Care Registry in Tenri [DDCRT 18]). *Diabetologia*. 61. 10.1007/s00125-018-4657-4.
14. American Diabetes Association. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care* Jan 2019, 42 (Supplement 1) S46-S60; DOI: 10.2337/dc19-S005
15. Nicolucci A1, Kovacs Burns K, Holt RI, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, Kokoszka A, et.al. DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med*. 2013 Jul;30(7):767-77. doi: 10.1111/dme.12245.
16. Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, Haak T, Gahr A, Hermanns N. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabet Med* 31:1446–1451.
17. Aikens JE. Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012;35:2472– 2478.
18. Fisher L, Hessler D, Glasgow RE. REDEEM: a pragmatic trial to reduce diabetes distress. *Diabetes Care* 2013; 36:2551–2558.
19. Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, et al. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes: not just a question of semantics. *Diabetes Care* 2007;30: 542–548
20. Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H. & Mullan, J. When is diabetes distress clinically meaningful?: establishing cut points for the Diabetes Distress Scale. *Diabetes care* 35, 259–264, <https://doi.org/10.2337/dc11-1572> (2012).
21. Martinez-Vega, I. P., Doubova, S. V., Aguirre-Hernandez, R. & Infante-Castaneda, C. Adaptation and validation of the Distress Scale for Mexican patients with type 2 diabetes and hypertension: a cross-sectional survey. *BMJ open* 6, e009723, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009723> (2016).

22. Manuel S. Ortiz, María José Baeza-Rivera y Héctor F. Myers. Propiedades Psicométricas de la Escala de Estrés para Diabéticos en una Muestra de Pacientes Diabéticos Tipo II Chilenos. *Terapia psicológica* 2013, Vol. 31, N° 3, 281-286.
23. Ting, R. Z. et al. Diabetes-related distress and physical and psychological health in chinese type 2 diabetic patients. *Diabetes care* 34, 1094–1096, <https://doi.org/10.2337/dc10-1612> (2011)
24. Nanayakkara, N., Pease, A., Ranasinha, S., Wischer, N., Andrikopoulos, S., Speight, J., et al. Depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes: results from the Australian National Diabetes Audit (ANDA) 2016. *Scientific Reports*.
25. Mushtaque, A., Gulati, R., Hossain, M. M. & Azmi, S. A. Prevalence of depression in patients of type 2 diabetes mellitus: A cross sectional study in a tertiary care centre. *Diabetes & metabolic syndrome* 10, 238–241, <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.06.016> (2016).
26. Golden, S. H. et al. The Prevalence and Specificity of Depression Diagnosis in a Clinic-Based Population of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus. *Psychosomatics* 58, 28–37, <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.08.003> (2017)
27. Frank J Snoek, Marijke A Bremmer, Norbert Hermanns. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 450–60.
28. Fisher, L., Gonzalez, J. S. & Polonsky, W. H. The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association* 31, 764–772 (2014).
29. Patilla Cecilia. Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento. Tesis para optar título de psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú 2011.
30. Rodríguez Juan. Depresión y distrés como factores asociados a pobre control metabólico en adultos con Diabetes Mellitus. Tesis para optar título de médico cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú 2017.
31. Constantino-Cerna A. y col. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana* 2014; 25: 196-203.
32. Instituto Nacional de Salud. Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades Crónicas en la población peruana. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias. 2016. Serie de Análisis Secundarios de Datos N 01-2016.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO (EN NUEVOS SOLES)

	NUMERO	UNIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS: ❖ INVESTIGADORES	1	HORAS	-----	-----
RECURSOS MATERIALES:				
PAPEL BOND	2	PAQUETE DE 500 HOJAS	20	40
LAPICERO	30	LAPICERO AZUL	0.5	15
COMPUTADORA	1	COMPUTADORA PORTATIL	0	0
IMPRESORA	1	IMPRESORA BLANCO Y NEGRO	0	0
TINTA DE IMP.	1	TINTA NEGRA	25	25
ARCHIVADOR	1	ARCHIVADOR	10	10
SERVICIOS ❖ FOTOCOPIAS	200	SERVICIO DE FOTOCOPIAS	0,1	20
OTROS ❖ TRANSPORTE	-----	-----	500	500
TOTAL				610

CRONOGRAMA

	Cronograma de actividades					
	Abril 2019	Mayo 2019	Junio- 2019	Julio 2020	Julio 2020	Agosto 2020
Elaboración del proyecto	X	X				
Revisión por el comité institucional de ética			X			
Aplicación de Instrumento de Recolección				X	X	
Recojo de datos del Sistema Informático				X	X	
Elaboración de informe final						X

ANEXO 2:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

DNI: _____

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:	____ Soltero
	____ Separado / Divorciado
	____ Viudo
	____ Casado/Conviviente

____ Ama de casa (o similar)
____ Estudios
____ Trabajo independiente
____ Estudia y trabaja

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

____ No sabe leer	____ Sabe leer pero carece de estudios	____ Primaria incompleta	____ Primaria completa
____ Secundaria completa	____ Superior		

MEDICIÓN DISTRÉS POR DIABETES

Instrucciones: Vivir con diabetes a veces es difícil. Habrá numerosos problemas referentes a la diabetes que puedan variar en severidad. Estos problemas pueden variar de grado, algunos pueden ser más graves que otros. Enumerados abajo, hay 17 posibles problemas que las personas con diabetes puedan enfrentar. Considere hasta qué grado le han afligido cada una de las siguientes situaciones DURANTE EL ULTIMO MES, y por favor haga un círculo alrededor del número apropiado.

Por favor, manténgase al tanto que le estamos pidiendo que indique el grado de severidad en el cual, uno de estos elementos le complica la vida, NO simplemente si se aplica a usted. Si determina que algún elemento en particular, no es una molestia ni problema para usted, circularía el "1." Si es severamente molesto, circularía el "6."

Problema	No es un Problema		Problema Moderado		Problema Muy Grave	
1. Sentir que la diabetes consume mucha de mi energía mental y física durante todo el día.	1	2	3	4	5	6
2. Sentir que mi doctor no sabe lo suficiente acerca de la diabetes y el cuidado para la diabetes.	1	2	3	4	5	6
3. Sentir que estoy enojada/o, con miedo o	1	2	3	4	5	6

deprimida/o cuando pienso de tener que vivir con diabetes.						
Problema	No es un Problema		Problema Moderado		Problema Muy Grave	
4. Sentir que mi doctor no me da las recomendaciones suficientes para controlar mi diabetes	1	2	3	4	5	6
5. Sentir que no me estoy revisando el nivel de azúcar en la sangre con la frecuencia necesaria.	1	2	3	4	5	6
6. Sentir que muy seguido, fracaso de mantener el régimen de cuidado apropiado para la diabetes.	1	2	3	4	5	6
7. Sentir que, ni mis amigos o familiares, me dan suficiente apoyo en mis esfuerzos para auto-controlar mi diabetes (por ejemplo, planean actividades que chocan con mi horario, me animan a comer comidas inadecuadas para mí).	1	2	3	4	5	6
8. Sentir que la diabetes controla mi vida.	1	2	3	4	5	6
9. Sentir que mi doctor no toma en serio mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
10. No sentirme segura/o de poder administrar mi control de la diabetes en mi vida cotidiana.	1	2	3	4	5	6
11. Sentir que igual tendré complicaciones serias a la larga, no importe lo que haga.	1	2	3	4	5	6
12. Sentir que no estoy manteniendo un régimen alimenticio saludable.	1	2	3	4	5	6
13. Sentir que, ni mis amigos o familiares, aprecian lo difícil que es vivir con diabetes.	1	2	3	4	5	6
14. Sentirme sobrecargada/o por las necesidades que requiere vivir con diabetes.	1	2	3	4	5	6
15. Sentir que no tengo a un doctor que pueda consultar con frecuencia, para hablar acerca de mi diabetes.	1	2	3	4	5	6
16. Sentir que no tengo la motivación suficiente para auto-controlar mi diabetes.	1	2	3	4	5	6
17. Sentir que, ni mis amigos o familiares, me dan el apoyo emocional que quisiera tener.	1	2	3	4	5	6

INSTRUCTIVO ESCALA DSS-17 (sólo para el equipo investigador)

El DDS17 produce una puntuación total con más de 4 puntuaciones en la subescala, cada una de las cuales aborda un tipo diferente de distrés. Para calificar, simplemente sume las respuestas del paciente a los ítems apropiados y divídalo por el número de ítems en esa escala. Consideramos una puntuación media del ítem de 3 o más (distrés moderado) como un nivel de distrés que requiere atención clínica. También sugerimos revisar las respuestas del paciente en todos los ítems, independientemente de las puntuaciones medias del ítem. Puede ser útil seguir investigando o iniciar una conversación sobre cualquier elemento con un puntaje de 3 o más.

Total DDS score

- a. Sum of 17 item scores _____
b. Divide by 17
c. Mean item score _____ ≥ 3 _____

A. Emotional burden

- a. Sum of 5 items (1, 3, 8, 11, 14) _____
b. Divide by 5
c. Mean item score _____ ≥ 3 _____

B. Physician distress

- a. Sum of 4 items (2, 4, 9, 15) _____
b. Divide by 4
c. Mean item score _____ ≥ 3 _____

C. Regimen distress

- a. Sum of 5 items (5, 6, 10, 12, 16) _____
b. Divide by 5
c. Mean item score _____ ≥ 3 _____

D. Interpersonal distress

- a. Sum of 3 items (7, 13, 17) _____
b. Divide by 3
c. Mean item score _____ ≥ 3 _____

