



**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMPARANDO DOS GRUPOS:
PERSONAS QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS Y PERSONAS SIN
DIABETES”.**

DIRECTOR DE TESIS

Esp. Ps. Raúl Gómez Alonso

AUTORA DE LA TESIS DE GRADO

Espinosa, María Sara

TÍTULO A OBTENER

Licenciada en Psicología

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

FECHA DE ENTREGA

Septiembre 2023

RESUMEN

La presente investigación abordó la temática de Ansiedad y Depresión en personas que tienen un diagnóstico de Diabetes Mellitus con más de diez años de debut, en comparación con personas que no viven con esta condición, pero que en algún momento de sus vidas han presentado síntomas de ansiedad y depresión.

Se llevó a cabo en la ciudad de Rosario con un grupo de pacientes diagnosticados con Diabetes mayores de 30 años de edad y otro grupo sin diagnóstico de Diabetes con el mismo rango de edad.

El objetivo consistió en identificar, comparar y medir los niveles de Ansiedad y Depresión en ambos grupos a través de los Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck, dichos instrumentos fueron aplicados en un total de 60 personas, 30 de ellas con Diabetes y otras 30 sin diabetes.

El trabajo fue abordado desde la teoría cognitiva conductual, con un diseño de investigación No experimental, Descriptivo - Comparativo de corte transversal.

Las conclusiones que se obtuvieron respecto a ambos grupos determinaron que las personas diagnosticadas con Diabetes tienen mayor incidencia, prevalencia y probabilidad de padecer Ansiedad y Depresión por el hecho de vivir con esta condición crónica, lo que implica la autogestión de la misma y las repercusiones que esto conlleva en el tratamiento, teniendo en cuenta los porcentajes mayores que se obtuvieron con los instrumentos aplicados, respecto a las personas que no tienen Diabetes. Así mismo, en ambos grupos se pudieron observar similitudes y altos niveles de estas problemáticas, lo cual impacta directamente en la salud mental de toda la población, esto da cuenta de una crisis en la salud que viene marcando estadísticas alarmantes en relación al tema abordado en esta investigación.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Patología, Diabetes Mellitus, Relación Ansiedad-Depresión-Diabetes.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	4
Objetivos del Trabajo	4
General	4
Específico	5
Pregunta de Investigación	5
Estado Actual de los conocimientos sobre el tema	6
Marco teórico	15
Capítulo I: Diabetes. Definición, tipos de diabetes, características diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la diabetes	15
Capítulo II: Depresión. Definición, tipos y características	21
Capítulo III: Ansiedad. Definición, tipo y características	25
Capítulo IV: Relación entre diabetes, depresión y ansiedad	28
Marco Metodológico	30
Diseño de Investigación	30
Población y Muestra	30
Instrumentos de recolección de datos	30
Procedimientos de recolección de datos	30
Análisis de datos	30
Consideraciones éticas	31
Interpretación y Análisis de resultados	33
Características de la muestra elegida	33
Gráfico de porcentajes	34
Conclusiones finales	40
Referencias Bibliográficas	46
Anexos y Apéndices	51

INTRODUCCIÓN

En esta tesis se realizó un trabajo de investigación referido a Niveles de ansiedad y depresión comparando dos grupos poblacionales, uno de participantes con Diabetes mellitus y otro sin Diabetes, que pertenecen a la muestra elegida, con el fin de medir, interpretar, analizar similitudes y diferencias en los participantes que padecen diabetes y participantes sin diabetes.

Si bien la ansiedad y la depresión son temas bastante estudiados en nuestra disciplina psicológica, se logró incorporar en esta tesis una condición patológica para poder reflexionar sobre lo que ocurre con estas problemáticas de salud mental en pacientes diagnosticados con DM y comparándolo con sujetos que no padecen DM, así responder a la pregunta de investigación que no solo implicó medir los niveles de ansiedad y depresión sino que también este estudio derivó en poder pensar las posibles causas y consecuencias que pudieran dar cuenta del porqué de los resultados hallados, respecto a niveles más elevados en pacientes con diabetes.

El interés de este estudio también radica en poder pensar sobre la relación que existe entre ansiedad, depresión y diabetes como profesional de la Psicología.

Se espera poder brindar información y herramientas para nuevas y futuras investigaciones sobre el tema.

Tema

“Niveles de Ansiedad y Depresión comparando dos grupos: personas que viven con Diabetes Mellitus y personas sin Diabetes”.

Objetivo General

-Describir y comparar similitudes y diferencias en los niveles de Ansiedad y Depresión en dos grupos de participantes; uno de personas con Diabetes Mellitus con más de diez

años de diagnóstico y otro de personas sin Diabetes que en algún momento de sus vidas han presentado síntomas de ansiedad y depresión.

Objetivos Específicos

- Identificar cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en personas con diabetes y personas sin diabetes.
- Indagar acerca de la relación entre Diabetes y problemas de ansiedad y depresión.
- Analizar conceptos y características de la Diabetes Mellitus, Ansiedad y Depresión.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las similitudes y diferencias en los niveles de ansiedad y depresión que presentan personas con Diabetes en comparación con personas que no tienen Diabetes de la ciudad de Rosario en 2023?

ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

En el presente trabajo se pretende exponer estudios previos que se vinculan con el tema de este proyecto, con el objetivo de ampliar la perspectiva de estudio y delimitar el área de investigación.

En la última década se han realizado varias investigaciones que han comprobado que existe una relación directa entre ansiedad, depresión y diabetes.

A nivel internacional tenemos a Martínez (2019) quien realizó un estudio titulado Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus en la localidad de Tabasco, cuyo objetivo fue identificar el nivel de depresión y ansiedad así como la relación de éstas en pacientes con diabetes mellitus, el estudio fue de tipo descriptivo correlacional con corte transversal y se llevó a cabo en una población de 66 pacientes, luego de un muestreo probabilístico se obtuvieron datos de 35 pacientes, a los cuales se les administraron los siguientes instrumentos Beck -II y Hamilton para medir la ansiedad, como resultado se obtuvo que el 72.9% de pacientes sufren de depresión mínima y el 68.6% exteriorizan ansiedad leve, y así se concluyó que entre mayor grado de ansiedad presentan los pacientes es mayor el riesgo a padecer de depresión.

También tenemos a Azzollini & Vera (2015) quienes realizaron una investigación que lleva por título “depresión, ansiedad y su relación con estrategias de afrontamiento”, el cual como objetivo se logró identificar la analogía entre la ansiedad y depresión en diabéticos, se realizó una muestra probabilística al azar de 123 pacientes, se utilizó el inventario de depresión y ansiedad de Beck, respectivamente, los datos obtenidos de dichos instrumentos fueron sometidos a análisis y sus resultados denotaron que existía una reciprocidad positiva y significativa entre ansiedad y depresión.

Por otro lado Martínez (2015) en su tesis titulada “Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes de tipo 2, cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de la ansiedad y depresión en pacientes entre obesos y de peso normal, así como examinar la gravedad de la depresión; la población fue de 702 pacientes en donde

se empleó la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Hamilton, de aquí se obtuvieron los resultados que fueron el 95% de los pacientes presentaron ansiedad y el 49% depresión. Posteriormente se evidenció que los pacientes obesos mostraban depresión grave en comparación a los de peso normal, así estos resultados surten evidencia de que los diabéticos y obesos son más perjudicados emocionalmente.

También Antunez (2016) quien realizó un estudio cuyo título es “Depresión en pacientes con diabetes” cuyo objetivo planteado fue comprobar la periodicidad de depresión en los pacientes diabéticos, el estudio fue de tipo descriptivo y transversal en el cual se trabajó con 100 pacientes diabéticos a quienes se les aplicó el inventario de Beck para la depresión, para luego obtener resultados que indican que la periodicidad de depresión en los enfermos de diabetes es de 82% , con un porcentaje mayor en el sexo femenino del 59.76% y se halló agrupación estadísticamente significativa entre depresión y grupo etario de 39-48 años, a modo de conclusión dice que concurre una alta prevalencia de depresión en pacientes diabéticos , principalmente agrupada al sexo y edad.

Por otro lado a nivel nacional se encontraron a autores como Pantani & Rosas (2019) quienes realizaron un trabajo de investigación titulado “frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes diabéticos”, buscando identificar la periodicidad de pacientes con depresión y ansiedad que no han sido diagnosticadas en pacientes con diabetes, dicha tesis fue transversal descriptivo y se conformó por 337 pacientes diabéticos se utilizó la escala de psicopatología depresiva y la escala de ansiedad de lima, luego de la aplicación se obtuvo que del total de pacientes estudiados la frecuencia de depresión es de 23.85%, de ansiedad 32.72% y de suicidalidad 7.95% , habiendo sido las mujeres quienes exhiben mayor frecuencia de ansiedad, finalmente se concluyó mencionando que la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con DM fue alta. conjuntamente, el sexo está relacionados a la ansiedad y depresión.

Estas investigaciones han reforzado la necesidad de que los pacientes con diabetes mantengan los niveles de glucosa dentro de los parámetros recomendados mediante un tratamiento más intensivo. Este consiste en un mayor número de inyecciones diarias de insulina (5-9 veces diarias) como también de pruebas de glucosa en sangre (5-9 veces diarias), junto con un seguimiento médico más frecuente del paciente y su tratamiento. Hoy en día se puede ver en el mercado que existen nuevos dispositivos llamados medidores continuos de glucosa, que permiten a través del

escaneo de un sensor adherido al cuerpo, medir la glucemia del líquido intersticial constantemente y las veces que el paciente necesite o crea conveniente, sin tener que pincharse los dedos en cada medición. Pero sin reemplazar por completo esta última, medición capilar (Asociación Americana de Diabetes 2018).

Las expectativas en cuanto a tareas de autocuidado y educación en diabetes aumentan notablemente para los pacientes, y a su vez, este tratamiento intensivo requiere que los profesionales de la salud inviertan mayor tiempo y esfuerzo en educar y ofrecer seguimiento al paciente.

De igual forma, el modelo de cuidado de la diabetes ha cambiado a ser uno más enfocado en el empoderamiento del paciente y menos basado en el modelo médico tradicional donde el doctor receta y el paciente cumple con el tratamiento. Este cambio en el modelo de tratamiento responde a hallazgos de investigaciones y de la experiencia clínica de los profesionales de la salud que trabajan con personas con diabetes.

Este régimen de tratamiento de control intensivo de la diabetes se ha convertido en el estándar de tratamiento, requiere mayores esfuerzos y cambios de conducta de parte del paciente. Además, tanto investigaciones como la experiencia clínica han revelado que el tener conocimiento sobre la diabetes no es suficiente para producir cambios de conducta en los pacientes y aumentar el cumplimiento con el tratamiento. Existen otras variables mediadoras que influyen grandemente en el cumplimiento del tratamiento de la persona con diabetes (Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes, 2020).

Múltiples variables individuales se han identificado como asociadas al cumplimiento con el tratamiento o automanejo de la diabetes. Entre las más citadas en la literatura están el conocimiento y las destrezas asociadas al manejo de la diabetes, la autoeficacia específica a la diabetes, el control intensivo, las creencias acerca de la salud, el bienestar emocional, la motivación, el derribo de los mitos, la disposición hacia el cambio y los estilos de afrontamiento al estrés (tanto fisiológicos como conductuales y cognitivos).

Por otro lado, algunas de las barreras principales que enfrentan los pacientes en el cumplimiento del tratamiento son la falta de educación y destrezas en el manejo de la enfermedad, la complejidad e inconveniencia del tratamiento, que dificulta que se mantenga por largos períodos de tiempo, la falta de refuerzos inmediatos visibles

(prevención de complicaciones a largo plazo), la falta de comunicación efectiva con los profesionales de la salud y los altos costos del cuidado.

Existen variables sociales y ambientales que se han asociado al automanejo de la diabetes, pero la literatura en esta área es más escasa. Hay algunos estudios que sugieren que el apoyo familiar tiene un impacto en la patología, el rol de la familia en su automanejo es de vital importancia.

A la luz de la multiplicidad de factores que influyen en el control de la diabetes y las conductas de autocuidado que realizan las personas que la padecen, se empieza a reconocer en el campo de la salud que los programas de educación en esta enfermedad deben ser reconceptualizados como programas de entrenamiento en el automanejo, donde se entiende que el paciente es quien tiene el rol principal en el control de su diabetes y donde los profesionales de la salud son consultores y colaboradores.

El propósito principal de los programas de entrenamiento en automanejo de la diabetes es maximizar el conocimiento sobre las destrezas, la autoconciencia y el sentido de autonomía y confianza en el paciente para que este pueda hacerse cargo de su salud.

Las metas para el cuidado de la diabetes las establece el paciente en consultoría con el profesional de la salud y están basadas en las características, fortalezas y debilidades individuales del primero. Estudios han revelado una asociación positiva entre la participación del paciente en el diseño de su plan de tratamiento y las conductas de autocuidado de la diabetes (Romero, 2019).

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia (American Diabetes Association, 2009).

Los pacientes con Diabetes no sólo son afectados físicamente sino que también desarrollan problemas emocionales. La fisiopatología de esta enfermedad se centra principalmente en el comportamiento alterado de las células del páncreas. La intolerancia a la glucosa puede estar condicionada por la depresión y la ansiedad, una de esas alteraciones emocionales son los cuadros de ansiedad o angustia que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas (Becerra, 2009).

El paciente con Diabetes cuando recibe el diagnóstico tiene que enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana como vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar los problemas emocionales y sociales. La depresión incontrolada puede llevar a un mal control de la enfermedad, resultando en niveles altos de glucosa en la sangre que hacen que la depresión se agrave e incremente en riesgo de complicaciones debido a la diabetes (Zaballa, 2006).

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza, se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud (Zorrilla, 2001). Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida.

La Organización Mundial de la Salud (2009) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. La palabra Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su

existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión (Riveros, 2005). Las personas con diabetes deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el auto cuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico y bajo control glucémico (Colunga, 2005).

Según autores como Garduño (2007) los pacientes con DM pueden sufrir de una ansiedad y depresión al recibir el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía y nefropatía, además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa. Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil de vencer. La ansiedad y la depresión que los pacientes perciben los afecta negativamente en su capacidad para adherirse a su tratamiento médico. La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia, irritabilidad. La interacción de DM y la depresión tienen un efecto sinérgico y que presiden mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macrovasculares. La depresión y la ansiedad también se han asociado, con pobre control metabólico. La depresión se ha demostrado que impacta significativamente la adherencia al tratamiento en los pacientes con DM y sugiere una evaluación de depresión en el tratamiento de estos pacientes. Es importante tomar en cuenta que el paciente con DM es una persona con emociones propias más allá de cómo la enfermedad los afecta (Garduño, 2007).

Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de

causa efecto. Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud. Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad, de depresión, problemas de adaptación o de rebeldía (Ibor, 2007).

En las últimas décadas la enfermedad depresiva y la ansiedad han aumentado proporcionalmente más en las mujeres que en los hombres. En la población femenina convergen más factores de riesgo, como los hormonales en el ciclo menstrual, y los de personalidad, porque las mujeres tienden más a la autocrítica y a la baja autoestima. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene rasgos de depresión o ansiedad. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. Muchas mujeres tienen más ansiedad y depresión por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. Estos trastornos psicológicos como ansiedad y depresión también pueden afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión o la ansiedad en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea de que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento (Zorrilla, 2001).

De los Ríos (2004) llevó a cabo un estudio ex post facto, transversal, con 100 pacientes con diabetes Mellitus, con edades entre 26 y 78 años. Los resultados revelaron que el 43% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida; una de las áreas que sobresalió fue la psicosocial, en donde se evaluaron aspectos

emocionales como la ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, auto concepto y algunos elementos de interacción social; el 60% de los pacientes no mostró deterioro y en un 15% fue severo.

Zavala (2006) realizó un estudio descriptivo transversal, correlacional entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad estado, en una muestra de 190 pacientes adultos de 35 a 85 años de edad, diagnosticados con diabetes Mellitus, de cuatro instituciones de salud. El coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la ansiedad-estado fue significativo.

Por otro lado, Téllez (2004), realizó un estudio con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión en un grupo de pacientes con DM y los factores asociados con su presencia. Se entrevistaron a 189 pacientes con DM, los resultados muestran que la frecuencia de depresión en pacientes con DM fue alta (39%). Destaca como variable asociada a la presencia de depresión un nivel alto de glucemia. Asimismo destacaron otras asociaciones como la presencia de enfermedades concomitantes, el sexo femenino y ser viudo o divorciado. Para efectos de este estudio, la Diabetes se definió por la presencia de niveles altos de glucosa en sangre, definida como una enfermedad metabólica, crónica, hereditaria, caracterizada por la elevación de la glucosa en la sangre y en la orina, que origina la alteración concomitante principalmente en utilización de proteína y grasas.

Ansiedad: según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) es un conjunto de síntomas característicos que pueden manifestarse tanto en desórdenes específicos de ansiedad como en otros desórdenes mentales que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Depresión: De acuerdo al DSM-IV-TR se define como el estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad. Ansiedad: Rasgo que se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones a la intensidad de Ansiedad-Estado (DSM IV, 2000).

Según Spielberger (1975) la ansiedad es una condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. De acuerdo a la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un periodo de tiempo determinado. Para este estudio la prevalencia se expresó en términos de porcentaje Pite, Pedrazas y Valdés (2004). Derivado de lo anterior el propósito de este estudio fue demostrar la prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con DM de un Centro de Primer Nivel de Atención.

MARCOS TEÓRICO

CAPÍTULO 1: *Diabetes*

Definición

Según describe la Organización Mundial de la Salud, la Diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o bien, cuando el organismo no emplea de manera eficiente la insulina que produce. Esta condición de salud responde al incremento considerable de la glucemia en el organismo, llamada hiperglucemia, lo cual lleva a cambios en el metabolismo que requiere de controles y cuidados necesarios para retrasar, evitar y/o tratar las complicaciones de la diabetes. Actualmente, se reconoce la existencia de tres tipos de diabetes: 1) gestacional: esta corresponde a una hiperglucemia (aumento de glucosa en sangre) que se detecta por primera vez durante el embarazo; 2) de tipo 1: anteriormente insulino dependiente o juvenil, caracterizada por la ausencia de síntesis de insulina; y, 3) de tipo 2: anteriormente no insulino dependiente o del adulto, esta origina por la incapacidad del cuerpo para emplear eficazmente la insulina (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, hiperglucemia o azúcar en sangre, que con el tiempo y un inadecuado control conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más frecuente a nivel mundial es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. En las últimas tres décadas, la prevalencia de la diabetes tipo 2 ha aumentado drásticamente en países de todos los niveles de ingresos. La diabetes tipo 1, conocida como diabetes juvenil o

diabetes insulino-dependiente, es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna insulina por sí mismo. Para las personas que viven con diabetes, el acceso a un tratamiento asequible, incluida la insulina, es fundamental para su supervivencia (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

De acuerdo con la American Diabetes Association establece en su última propuesta de clasificación y diagnóstico de la diabetes también tres grandes tipos, Diabetes Tipo I, Diabetes Gestacional y Diabetes Tipo II, esta última de mayor prevalencia (ADA, 2008).

Diabetes Tipo 1 (DMT1)

Es aquella donde existe un déficit total o absoluto de la producción de insulina, a consecuencia de la destrucción de las células betas del páncreas productoras de la misma, por lo que la persona en estas condiciones debe recibir terapia de reemplazo con esta hormona a través de inyecciones continuas y recurrentes. El inicio clínico de este tipo de diabetes se caracteriza por el modo en que aparece de forma brusca e imprevista. Generalmente es más frecuente en los menores de 30 años, pudiendo acontecer en la infancia, adolescencia o en la juventud.

Aún se desconoce específicamente de donde proviene esta condición y hasta el momento las investigaciones han arrojado que responde a un mecanismo autoinmune, donde el propio organismo ataca las células beta impidiendo la producción de insulina. Por lo cual el tratamiento implica inyecciones múltiples de insulina, mediciones frecuentes de glucemia en sangre, conteo de hidratos de carbono, ejercicio físico, cambios en el estilo de vida (ADA, 2008).

Diabetes Tipo 2 (DMT2)

Aparece como consecuencia de un déficit en la producción de la insulina por acción ineficaz de esta hormona, también llamada insulino-resistencia. Su principal característica es la falta de síntomas acentuados, su inicio suele ser lento pudiendo pasar desapercibido durante largo tiempo. El diagnóstico se realiza generalmente mediante un análisis de sangre de rutina o en el transcurso de alguna otra enfermedad que lleve a la persona a realizarse análisis clínicos. La incidencia de ésta aumenta con la edad, pero generalmente aparece después de los 40, en personas con antecedentes

familiares y asociados a factores de riesgo como edad avanzada, obesidad, estilo de vida sedentario e historial familiar de diabetes.

Las personas con DMT2 por lo general comienzan su tratamiento con medicamentos orales, aunque en algunas ocasiones y con el paso del tiempo también pueden requerir de inyecciones de insulina, ajustes en la dieta y ejercicio para mejorar el control de la glucemia en sangre (ADA,2008).

Diabetes Gestacional

Responde a la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que se inicia durante el embarazo alrededor de la semana 24, en madres de más de 30 años y con sobrepeso generalmente. Los criterios de diagnóstico establecidos son: Glucosa en ayunas \geq a 105 mg/dl. y 2 hs \geq a 140 mg/dl en glucemia posprandial. Suele suceder que cuando nace el bebé, los niveles glucémicos vuelven a estabilizarse pero aumenta el riesgo de desarrollarla más adelante teniendo en cuenta este antecedente. Durante el embarazo, el exceso de glucosa aumenta el riesgo de problemas para el bebé y la madre. Se presenta en el 5% de las embarazadas. El adecuado tratamiento debe incluir control médico, plan alimentario y actividad física de acuerdo a su condición, para reducir así los riesgos de complicaciones para ambos. Algunas embarazadas pueden requerir insulina y autocontroles de glucemias varias veces al día. Es importante destacar que a las 6 semanas post-parto la paciente necesita realizarse un chequeo específico para una reclasificación de su situación metabólica (ADA, 2008).

Características y principales síntomas

La sintomatología de la Diabetes Mellitus se presenta de forma diferente de acuerdo al tipo de diabetes. El exceso de glucosa se manifiesta con los siguientes síntomas: Poliuria, necesidad excesiva de orinar; Polidipsia, aumento de sed más de lo habitual; Polifagia, sensación de hambre a pesar de haber ingerido alimentos, fatiga, irritabilidad, pérdida de peso (en diabetes tipo 1), visión borrosa, infecciones frecuentes del tracto urinario, de genitales y encías, heridas que demoran más en curar, entumecimiento u hormigueo en las extremidades. A diferencia de los tipos de diabetes anteriores, la diabetes gestacional comúnmente es asintomática por lo que se requiere

de un monitoreo constante durante el embarazo (American Diabetes Association, 2015).

Diagnóstico y Tratamiento

Por su parte, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es el indicador considerado como estándar primordial para medir el control de la diabetes, este refleja el promedio de la glucosa en sangre de 2.5 a 3 meses (Blanc, Barnett, Gleason, Dunn y Soeldner, 1981). Un indicador asociado a la HbA1c, es el eAG (promedio estimado de glucosa), el cual también apoya para conocer el control metabólico y utilizar las unidades de miligramos/decilitros (mg/dl). También se evalúan los niveles de hipoglucemia < 70mg/dl, los niveles de hiperglucemia > 110 mg/dl o más en ayunas y normoglucemia que oscila entre 70 y 110 mg/dl (en ayunas) por medición de glucómetro. De manera general, se recomienda un nivel de 7% de HbA1c, lo cual equivale a un eAG de 154 mg/dl, sin embargo, esto puede variar de acuerdo a cada caso. Además de las pruebas en sangre para medir los niveles de glucosa, es importante realizar una prueba de orina para identificar los niveles de cetonas, los cuales también son indicadores para conocer el control de la diabetes, debido a que este componente se segrega al existir niveles bajos de insulina en sangre y cuando se ocupa la grasa, en vez de la glucosa, para generar energía. Estos niveles bajos de cetonas en orina pueden indicar que se comienza a acumular este componente en el organismo, mientras que niveles moderados a altos indican un desequilibrio importante y pueden causar cetoacidosis. Cabe destacar que la presencia de cetonas en la orina son más frecuentes en la diabetes tipo 1 (Asociación Diabetes Argentina, 2014).

El diagnóstico oportuno es imprescindible para determinar el tratamiento óptimo que disminuya el riesgo de complicaciones y fortalezca la calidad de vida de las personas con diabetes. Sin embargo, las semejanzas entre los síntomas de cada tipo de diabetes, dificultan el diagnóstico diferencial (MINSAL, 2013) y en adolescentes que presentan obesidad, principalmente, es necesario revisar antecedentes familiares en relación a la diabetes y signos de resistencia a la insulina como acantosis nigricans, observada en personas con diabetes tipo 2 (Asenjo, 2007). Más aún, los síntomas de la

diabetes tipo 1 pueden confundirse fácilmente con otros padecimientos. Por lo anterior, existen otros exámenes que apoyan para la realización de un diagnóstico diferencial, los cuales se enfocan en identificar anticuerpos anti-islotos (ICA), anti-insulina y niveles de péptido C, lo cual refleja la importancia de una evaluación integral (bio-psico-social) para el diagnóstico de la diabetes tipo 1 (Asenjo, 2007).

Actualmente no hay una cura para la diabetes, pero sí existen tratamientos para controlar y mejorar los niveles de glucosa en la sangre, los cuales consisten en: administración de insulina, fármacos hipoglucémicos, plan de alimentación y de ejercicio, automonitoreo de glucosa en la sangre, cambios en el estilo de vida, educación diabetológica y cuidados referidos a la salud mental. En cuanto a la medición de la glucemia, es recomendable realizarla en diferentes momentos del día, en ayunas (preprandial), después de comer (postprandial), previo y posterior al ejercicios. Además, para monitorear los niveles glucémicos se utilizan principalmente dos pruebas: glucómetro y valor de la hemoglobina glucosilada (HbA1c); el primero es un aparato electrónico que emplea tiras reactivas, donde al colocar una gota de sangre se obtienen los resultados inmediatos de los niveles de glucosa, por otra parte la hemoglobina glicosilada se obtiene a través de un análisis de sangre en laboratorio (Asociación de Diabetes Argentina, 2015).

Complicaciones

Las complicaciones de la diabetes pueden ser agudas y/o crónicas, siendo esta una enfermedad sistémica que lleva al deterioro de diferentes órganos si no se trata como corresponde.

Las complicaciones agudas son aquellas que se presentan regularmente y desde el diagnóstico de diabetes como hipoglucemia, hiperglucemia y cetoacidosis diabética.

Algunos síntomas de hipoglucemia incluyen: temblor, mareo, aumento del pulso, palpitations cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos, disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia.

Por otro lado, la hiperglucemia es causada por falta de insulina o ingesta excesiva de alimentos. Algunos síntomas de la misma son letargo, sed, poliuria y visión

borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidosis diabética, la complicación aguda más seria.

La cetoacidosis diabética es una deficiencia relativa o absoluta de insulina junto a una elevación en hormonas de estrés que, en cambio, aumentan los niveles de glucosa en la sangre. Algunos síntomas de cetoacidosis son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, náusea, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación.

La cetoacidosis requiere hospitalización y tratamiento intensivo de supervisión médica continua. El paciente puede estar despierto, somnoliento o alcanzar un estado comatoso. La complicación más seria del tratamiento es el edema cerebral y otras complicaciones en el sistema nervioso central.

Las complicaciones a largo plazo o crónicas aumentan en severidad dependiendo del nivel de control de glucosa que la persona ha mantenido a través de su condición. A largo plazo las más comunes son la retinopatía (problemas visuales), la nefropatía (daño o fallo renal), neuropatía y enfermedades cardiovasculares. Es importante remarcar que si la persona lleva un buen control y educación diabetológica puede retrasar e incluso disminuir el riesgo de padecer algunas de las complicaciones antes mencionadas.

CAPÍTULO II: Depresión

Según la OMS estos trastornos de salud mental seguirán en aumento afectando considerablemente a la población en los próximos años, lo que implica un número de casos que alerta y atenta a la salud mental a nivel mundial (OMS, 2020).

Las problemas de salud mental como ansiedad y depresión, refieren a alteraciones leves o graves del estado mental, que afectan el desenvolvimiento normal del individuo en la sociedad, se manifiestan como anomalías en el razonamiento o en el comportamiento, dificultan el reconocimiento de la realidad y la adaptación a las condiciones de vida (Maisto y Morris, 2018).

Clasificación de los Trastornos Mentales

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos (Castillero, 2018).

Dentro de la clasificación de los trastornos psicológicos se encuentran:

- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.

DEPRESIÓN

Definición

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a 300 millones de personas en el mundo, alrededor de un 4% de la población. Constituye un importante problema de salud pública dada su elevada prevalencia, las grandes tasas de discapacidad y mortalidad que implica, su repercusión social, económica y su impacto

en los sistemas de salud. El difícil acceso a un tratamiento eficaz, la recurrencia y la refractariedad en el tratamiento siguen representando grandes retos que se deben afrontar en la práctica clínica diaria (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Su aparición temprana y su curso prolongado hacen que la depresión produzca una mayor discapacidad que la diabetes, el infarto o el cáncer (Rubio, 2014). Los estudios demuestran que la depresión es la tercera causa de muerte en el año 2004 y será la primera en el 2030, lo que sitúa el trastorno en uno de los peores escenarios posibles (Marcus, 2012).

La depresión se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas de predominio afectivo tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la rutina diaria. Además se observa la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global, psíquica y física (Vigo, 2016).

De acuerdo con la revisión de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la característica esencial de un trastorno depresivo, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. En un episodio depresivo mayor el núcleo central es una alteración del estado de ánimo, habitualmente tristeza, que podría manifestarse también como ira, irritabilidad y pérdida de interés en actividades que resultaban interesantes previamente. A menudo, la persona afectada presenta anhedonia, desesperanza, apatía y desinterés en aquellos proyectos que antes le parecían importantes.

Los síntomas fisiológicos más característicos incluyen alteraciones del sueño (más a menudo insomnio de conciliación y/o despertar precoz, pero ocasionalmente somnolencia excesiva), alteraciones del apetito (usualmente pérdida de apetito y pérdida de peso, pero ocasionalmente aumento de la ingesta y del peso) y disminución de la energía.

Algunos de los síntomas son: estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día o casi todos los días, una notable disminución del interés, del placer en todas o casi todas las actividades, pérdida significativa de peso sin seguir una dieta o por el contrario aumento de peso excesivo, pérdida del apetito, insomnio o hipersomnia,

agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión permanente, pensamiento recurrente de muerte o de suicidio o intento de suicidio (Asociación Psiquiátrica Americana, APA)

Por otro lado, el CIE-10 contiene distintas especificaciones de gravedad. Un episodio depresivo leve reúne un total de cuatro síntomas. Un episodio moderado, al menos seis síntomas. En tanto que el umbral de la depresión grave lo constituyen ocho síntomas, incluidos los antes mencionados (CIE- 10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS 1992).

Según Alonzo (2013), la depresión es un trastorno psíquico, muy frecuente, que origina alteraciones del estado de ánimo como tristeza que casualmente va acompañada de la ansiedad, y puede incluir además otros síntomas como sensación de vacío, desinterés, general, desaparición de la comunicación y el contacto, enlentecimiento psicomotor, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como sintomatología somática (Ramirez, 2017) dice que la depresión es un conjunto de males psiquiátricos heredados o adquiridos, con síntomas específicos a la que se le incorporan cambios negativos de tipo orgánicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.

Según Cabanillas & Dios (2019), la depresión es un conjunto de síntomas y signos que afectan inicialmente el área afectiva presentando en ocasiones pena, debilidad, irritabilidad o un desajuste en el humor que puede perjudicar las actividades de la vida habitual o laboral.

Por otro lado, desde el psicoanálisis, S. Freud en su texto *Duelo y Melancolía* hace comparación entre las reacciones de presión normales como la presencia de sentimientos melancólicos y las reacciones por ejemplo por la muerte de un ser querido o etapa de duelo, en el que menciona que la diferencia que reside además de las ya conocidas como tristeza, desinterés, existe una disminución notable de la autoestima (Freud, 1972).

También encontramos a las teorías conductuales, de acuerdo a (Fester, 1965) la principal particularidad de la depresión es la disminución conductual reforzadas de manera positiva lo que proporcionan el manejo del ambiente y por tanto inicia la

aparición del crecimiento significativo en las conductas evitativas de estímulos que son dañinos para la persona.

Dentro de las teorías cognitivas encontramos la de autocontrol de Rehm expone que ante la existencia de una falencia en las conductas control este se convierte en un factor que vulnera al individuo con la pérdida o ausencia de reforzadores que conforman en factores de estrés, esto desencadena un potencial episodio depresivo (Rehm, 2017). La teoría de estilos de respuestas fue elaborada por Nolen, este no desea explicar el origen de la depresión de lo contrario intenta identificar el recorrido de la depresión en la cual ocupa que la manera en que la persona responde a los síntomas depresivos va a desligar el mantenimiento o intensificación de los síntomas. A esto le puso el nombre de respuesta rumiativas (Coaquira y Ticona, 2017).

Para Beck (1967), la depresión se manifiesta por conceptos específicos estos son tres, también llamada triada cognitiva en el primer lugar encontramos que está formada por una visión negativa de sí mismo esta se caracteriza por la visión negativista de su futuro, de sí mismo y de sus experiencias, seguidamente tenemos a los esquemas cognitivos quienes son relativamente estables y conforman la base para regularizar las interpretaciones, estas pudieron haber estado inactivas y haber sido impulsados por contextos generadoras de ansiedad, por último están los errores de procesamiento de información. Errores que se evidencian en el paciente depresivo y que conservan las creencias en los esquemas cognitivos pese a que existan evidencias inversas. Estos son: el catastrofismo; la abstracción selectiva; la generalización excesiva y el pensamiento dicotómico o absolutista.

En cuanto a las dimensiones de la depresión Beck (1967) dice que existen dos dimensiones el primero denominado cognitivo-afectivo y el factor número dos, somático-motivacional. Por otro lado, en cuanto a las teorías de depresión tenemos a los postulados psicodinámicos en donde encontramos a Abraham (1960) que sustenta que la depresión se inicia cuando el individuo ha sufrido reiterados fracasos en relación con sus objetivos libidinales lo que causa de forma constante deseos destructivos hostiles. De forma concreta hace referencia a los naufragios en la fase oral.

CAPÍTULO III: Ansiedad

La ansiedad se define como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza, se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. El trastorno de ansiedad está caracterizado por miedos prolongados, vagos pero intensos que no están relacionados con ningún objeto o circunstancia particular. Los trastornos de la ansiedad pueden subdividirse en varias categorías diagnósticas que incluyen fobias específicas, trastornos de pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos causados por sucesos traumáticos específicos (Maisto A, Morris, 2012).

Síntomas

Las manifestaciones sintomatológicas son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

Síntomas autónomos: palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca. Relacionados con pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas, vómitos, estreñimiento, cólicos. Relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, miedo a perder el control, perder la conciencia, miedo a morir, trastornos del sueño, suicidio.

Síntomas generales: sofocos o escalofríos, sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión.

Otros síntomas no específicos: respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; dificultad para concentrarse, atención y en la memoria; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones (García, 2018).

Niveles de Ansiedad

Se reconocen distintos niveles de ansiedad de acuerdo a la presentación y duración de los síntomas como: Ansiedad leve, en este nivel de ansiedad los sentidos y percepción están alerta y estas reacciones hacen que sea más fácil la concentración, aprender, resolver problemas y ponerse a salvo, entre otras cosas. Sensaciones físicas: dificultad para respirar (ocasionalmente), palpitaciones, hipertensión arterial, ligeras molestias estomacales, tensión muscular. Capacidad de pensamiento: mayor concentración, resolver problemas de manera eficaz, facilidad para aprender. Comportamiento y emociones: no puede quedarse quieto, impaciencia, necesidad de estar en soledad o aislarse.

Ansiedad Moderada: El paciente tiene cantidades moderadas de ansiedad y se puede evidenciar por algunas molestias corporales, sensaciones inquietantes y empieza a perder la percepción general de las cosas y centrarse más en los detalles. Pueden existir los siguientes síntomas: Sensaciones físicas: Tensión muscular, vista nublada, sudoración, cefalea, dificultad para dormir, insomnio, polaquiuria. Capacidad de pensamiento: Dificultad para concentrarse, disminución de la capacidad de atención y disminución de la capacidad para resolver problemas Comportamiento y emociones: Incomodidad, pérdida de confianza, agitación, impaciencia, temor, preocupaciones constantes.

Ansiedad Severa: en este nivel de ansiedad no se logra dejar de preocuparse y constantemente sentir que hay algo que puede salir mal; se agudiza el temor. Cuando alcanzamos niveles tan fuertes de ansiedad, podemos experimentar el ataque de pánico. Sensaciones físicas: tensión muscular severa, hiperventilación, la transpiración aumenta, tensión en la mandíbula, rechinar los dientes, temblores, palpitaciones aceleradas y fuertes, molestias estomacales. Capacidad de pensamiento: campo limitado de la percepción, dificultad para pensar claramente y concentrarse, preocupación sin una razón justificable., pensamientos centrados en el temor o la posibilidad de volverse loco o de estar gravemente enfermo. Comportamiento y emociones: agitación. Miedo, confusión, negación, frustración, necesidad de moverse y buscar una salida (Gracia., 2015).

De acuerdo al padre del psicoanálisis, S. Freud (1917) decía que la ansiedad es un síntoma, una señal peligrosa que se origina de los impulsos reprimidos, él la consideraba como una reacción del Yo frente a aquellas peticiones inconscientes del

Ello, que se podrían producir sin control. La ansiedad de acuerdo a este autor, surge como consecuencia de aquellos problemas intra psíquicos generalmente inconscientes.

Respeto al enfoque cognitivo, Beck (1967) infiere que la ansiedad es netamente un estado emocional, claramente desagradable que se caracteriza por tensiones, sentimientos de incomodidad, nervios que van ligados con síntomas fisiológicos entre estos temblores, sensación de náuseas constantes.

Por último, Spielberger (1983) ve la ansiedad como una respuesta emocional desagradable, que se inicia por algún estímulo del exterior, y este es considerado como un peligro para el individuo, de esta manera llegando a producir cambios en la conducta y cambios fisiológicos.

CAPÍTULO IV: Relación ansiedad, depresión y diabetes

Heyman (2018) quien hace años trabaja en los factores psicológicos que afectan a esta condición de salud como lo es la diabetes, menciona que estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad y depresión en los niveles de glucosa en sangre, teniendo en cuenta que apostar por un mejor manejo de la ansiedad y tratamiento de la depresión ayuda a mantener niveles más acordes a la normoglucemia y mejorar al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Además, el manejo adecuado de la ansiedad y depresión permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina u otros medicamentos.

Por otro lado, De los Ríos, Sánchez (2004) expone en sus estudios sobre el tema, que gran parte de esta población presenta a menudo algún grado de deterioro en aspectos emocionales como la ansiedad y depresión. Se observó que los pacientes a medida que pasan los primeros 15 años de evolución de la Diabetes Mellitus se ven más afectados por que presentan un alto nivel de Ansiedad y Depresión y estos resultados revelan la importancia de tomar en cuenta estos factores.

También el autor Garduño (2012) quien en su estudio para explicar la depresión en pacientes con DM señaló que el tiempo de evolución de la enfermedad es una variable asociada a la presencia de depresión y otras enfermedades concomitantes en los pacientes con Diabetes.

Así mismo, Pidemunt (2010) quien menciona a las enfermedades crónicas como posible factor de riesgo de padecer depresión diciendo que, los estados depresivos en adultos mayores, está asociado al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo, caracterizado por sensaciones de tristeza e inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido, y apatía. Además se caracteriza por manifestaciones físicas como: dolores corporales, cefaleas, tensión muscular, falta de apetito etc., la mayoría de estas reacciones también pueden ser ocasionadas por la presencia de enfermedades agudas o crónicas, por síntomas de la soledad, por las condiciones y estilos de su propia vida.

Ante las diferentes posiciones teóricas expuestas anteriormente, se considera pertinente hacer énfasis en la Teoría Cognitivo Conductual considerando que es de mayor objetividad para los fines que persigue esta investigación.

MARCO METODOLÓGICO

En el presente trabajo, se utilizó una metodología de investigación descriptiva comparativa para analizar los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de personas con diabetes y otro de personas sin diabetes, en comparación de ambos grupos de estudio y posterior análisis de los resultados.

Tipo de Investigación

Esta Investigación es de tipo Descriptiva Comparativa, teniendo en cuenta los dos grupos que fueron elegidos para medir, describir y analizar los datos.

Población

La investigación se llevó a cabo en un grupo de personas que padecen diabetes en comparación con otro grupo de personas que no tienen diabetes de la ciudad de Rosario en el año 2023.

Muestra

La muestra se conformó por 60 participantes, 30 personas que tienen diabetes, con 10 años de diagnóstico y 30 personas que no tienen diabetes, pero que en algún momento de sus vidas presentaron síntomas de ansiedad y depresión, mayores de 30 años de edad en ambos casos, seleccionados de manera voluntaria y no aleatoria, con el objetivo de obtener una muestra representativa de la población objetivo.

Variables

- Niveles de Ansiedad
- Niveles de Depresión
- Patología, Diabetes Mellitus

Definición Conceptual: se entiende la Ansiedad y la Depresión como problemáticas psicológicas que afectan la calidad de vida de las personas que la

padecen. La Diabetes Mellitus como patología crónica de gran incidencia en la actualidad.

Definición Operacional: se tomó como indicador la edad, personas mayores de 30 años, participantes que padecen Diabetes con 10 años de diagnóstico y participantes que no padecen Diabetes, midiendo los niveles de ansiedad y depresión a través de los Inventarios de Beck de Ansiedad y Depresión, tomando los resultados estadísticos del hallazgo para su posterior análisis.

El muestreo se realizó de modo voluntario, no probabilístico, formado por participantes seleccionados por el investigador.

Instrumentos de recolección de datos

Para recolectar los datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck que es un cuestionario compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.

También se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck que es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento mencionado, el cual se compartió de modo online con la población objetivo a través de un formulario de Google Forms que se encuentra adjunto en el apartado anexos de este trabajo.

Los participantes lo completaron de forma virtual a través del enlace compartido, donde fueron respondiendo a los ítems presentados de los Inventarios mencionados. El mismo cuestionario fue aplicado en los dos grupos de estudio, luego se diferenciaron y fundamentaron los resultados de cada uno de ellos para lograr interpretar y comparar en el posterior análisis.

Análisis de datos

Una vez recopilados los datos, se realizó una descripción, interpretación, análisis y comparación de los resultados obtenidos en los dos grupos que representan la muestra seleccionada, los cuales fueron procesados y confeccionados en Excel.

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se basó en un marco con fines académicos, siguiendo lo propuesto por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, el cual establece los siguientes aspectos éticos a tener en cuenta en la investigación: “La investigación psicológica perseguirá el avance del conocimiento científico y/o el mejoramiento de las aplicaciones profesionales. Esta finalidad estará siempre subordinada a la obtención de resultados humanitariamente benéficos y al respeto por los derechos de los sujetos que participen en la investigación” (FePRA, 2013).

Se informó a los participantes que formaron parte del estudio sobre los requerimientos del mismo. Se adjunta en el anexo el modelo de Consentimiento Informado para una mejor apreciación.

Se aclaró antes de comenzar a aplicar los instrumentos que se garantiza la confiabilidad y anonimato, así como la indicación de su voluntad de participar.

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que existe una gran prevalencia de ansiedad y depresión según las variables estudiadas en ambos grupos.

Si bien se considera un incremento mayor en el grupo que tiene Diabetes respecto al grupo sin Diabetes, es alarmante como la ansiedad y la depresión afectan a toda la población estudiada con porcentajes significativos que han permitido responder a la pregunta y a los objetivos de este trabajo.

De acuerdo a los porcentajes adquiridos; el grupo de participantes con diabetes refleja un 75% de ansiedad y un 25% sin problemas de ansiedad. Respecto a la depresión se refleja un 58% del muestreo con rasgos de depresión y un 42% que no padece tales síntomas. Según el instrumento aplicado, interpretado y analizado (Inventario de Beck de Depresión y Ansiedad). Teniendo en cuenta un total de 30 personas que comparten más de diez años de diagnóstico de Diabetes.

Respecto al grupo de participantes sin diabetes, se encontró un porcentaje menor respecto al grupo antes mencionado, pero igualmente elevado teniendo en cuenta las 30 personas que formaron parte de este grupo a los cuales se les aplicó también el mismo instrumento. Los porcentajes reflejan un 43 % de ansiedad y un 57% sin ansiedad. Por otro lado, de acuerdo a los niveles de depresión en estos participantes se encontró un 28% de rasgos depresivos y un 72% sin depresión.

Grupo con Diabetes Mellitus

Ansiedad

Prevalencia de Ansiedad 75%

No prevalencia de Ansiedad 25%

Depresión

Prevalencia de Depresión 58%

No prevalencia de Depresión 42

Grupo sin Diabetes Mellitus

Ansiedad

Prevalencia de Ansiedad 43%

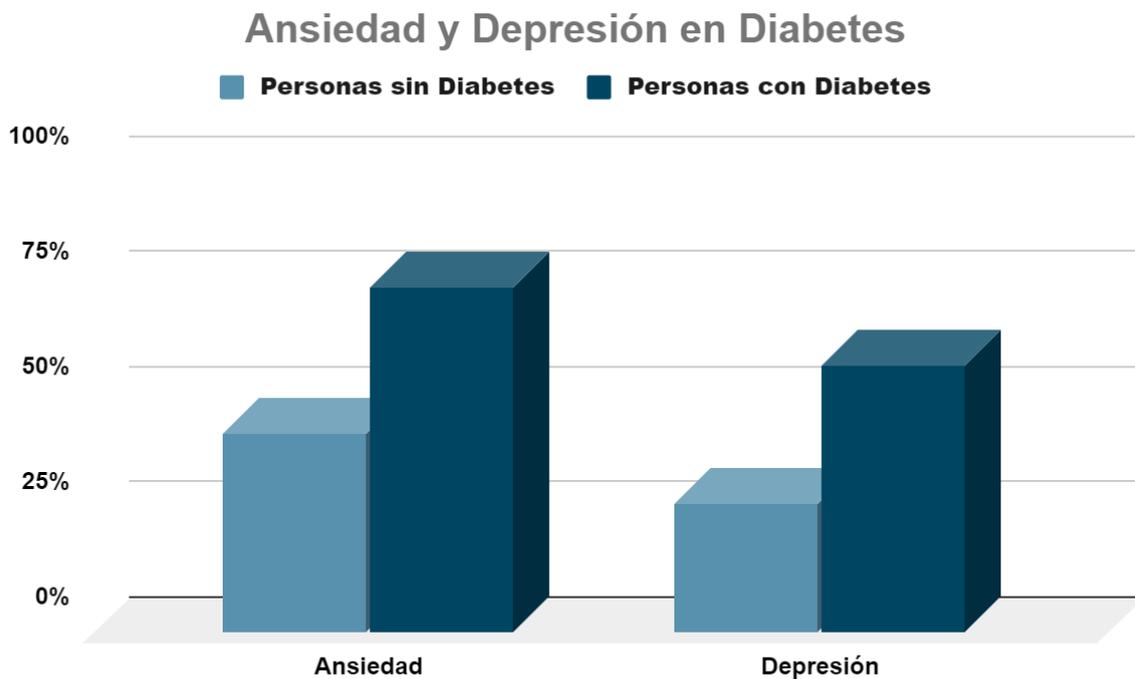
No prevalencia de Ansiedad 57%

Depresión

Prevalencia de Depresión 28%

No prevalencia de Depresión 72%

Gráfico de porcentajes



Similitudes y diferencias en ambos grupos poblacionales

Similitudes

De acuerdo a los resultados encontrados la ansiedad y la depresión afectan de un modo considerable la salud de todas las personas, teniendo una patología previa o no.

En ambos grupos se encuentran las siguientes similitudes respecto a ansiedad y depresión:

- Se ve afectada la calidad de vida.

- Se requiere de cuidados específicos en cuanto a la salud mental.

- Se experimentan síntomas como inquietud, miedo, desolación, temblores, nerviosismo, transpiración, respiración agitada, alteración en el peso y en el sueño, falta de concentración y energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, incapacidad para concentrarse, alteraciones psicomotoras.

- Se podría considerar un tratamiento de psicoterapia para tratar los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos.

- Existe riesgo de padecer otras condiciones de salud si no se atienden estas problemáticas.

- Influyen como factores negativos respecto al ámbito, social, emocional, laboral, biológico, económico.

En concordancia con lo que plantea Torres (2008), la calidad de vida se ha convertido en un constructo que incorpora: la salud física de la persona, los estados psicológicos, los niveles de independencia, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones personales, en base a estos problemas han surgido una serie de conceptualizaciones de la calidad de vida desde diferentes posturas teóricas. Este autor considera a la calidad de vida, como el conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida. Desde una mirada integral se procura no solo tener en cuenta lo biológico sino también

resaltar aquellos factores psicológicos que inciden en la calidad de vida de los sujetos humanos, como la ansiedad y la depresión que han sido estudiadas en este trabajo.

Esto podría estar articulado con lo que plantea Delgado (1998), quien define a la calidad de vida como “Grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado”. Entre estos factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales y sus diferentes formas clínicas, tales como los denominados trastornos emocionales o psíquicos: el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo.

Concordando en parte con el autor Piqueras (2008), que desde un enfoque cognitivo-conductual conceptualiza a la ansiedad como respuestas cognitivas y conductuales del organismo, que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico. La dimensión de ansiedad cognitiva y conductual se caracteriza por la preocupación, anticipación, temor, inseguridad y sensación de pérdida de control, estas dimensiones tienen como objetivo mitigar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivarse en conductas no saludables tales como beber, fumar, evitar cuidarse, llevar una mala dieta, etc. Esto podría articularse con los hallazgos que se observaron en este trabajo respecto al grupo de muestreo que tiene diabetes, dando cuenta de los efectos nocivos que pueden generar los niveles de ansiedad en el tratamiento y calidad de vida de estos pacientes, confirmando así alguna de las diferencias entre ambos grupos poblacionales.

Coincidiendo también con Pidemunt (2010) quien menciona a las enfermedades crónicas como posible factor de riesgo de padecer depresión diciendo que, los estados depresivos en adultos mayores, está asociado al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo, caracterizado por sensaciones de tristeza e inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido, y apatía. Además se caracteriza por manifestaciones físicas como: dolores corporales, cefaleas, tensión muscular, falta de apetito etc., la mayoría de estas reacciones también pueden ser ocasionadas por la presencia de enfermedades agudas o crónicas, por síntomas de la soledad, por las condiciones y estilos de su propia vida.

Desde esta postura cognitivo-conductual se ha considerado a la ansiedad y depresión como indicadores psicológicos que contribuyen en la disminución de la calidad de vida, mediante una inadecuada percepción y valoración que hace el adulto mayor de su calidad de vida, específicamente en lo relacionado con el área física, psicológica y de autoestima en la estructura funcional dentro de la familia y la sociedad (Fernández, 2009).

Diferencias

De acuerdo a los resultados hallados, se presentan diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión respecto al grupo que padece diabetes en comparación con el grupo sin diabetes. Estos participantes tienen mayor riesgo de padecer problemas en la salud mental y afectar drásticamente en el tratamiento de la DM. Algunas diferencias son que en el grupo que padece DM:

- Afecta directamente en los niveles de glucemia.
- Interfiere en el tratamiento y adhesión de la enfermedad.
- Promueve futuras complicaciones en la diabetes si no se tratan los síntomas de ansiedad y depresión.
- Dificultad en sobrellevar la diabetes sumado a las problemáticas de ansiedad y depresión.
- Agotamiento por tener que ocuparse de una condición física y otra psíquica.
- Requiere de mayor tiempo ocuparse de ambas condiciones de salud.
- Pueden tener niveles elevados de otras hormonas como el cortisol y la adrenalina que pueden afectar el funcionamiento de la insulina o medicación para la diabetes.
- Hábitos de vida poco saludables.

En los resultados existentes se destaca que la ansiedad puede ir de la mano con la depresión en la mayoría de pacientes diabéticos de acuerdo al grupo estudiado. Existen factores de riesgo que influyen en ambos sexos como el índice de masa muscular, obesidad, historia familiar de antecedentes cardíacos, de diabetes, entre otros que no son tratados específicamente en esta investigación, pero sí se los ha tenido en cuenta.

Así mismo el diagnóstico, tratamiento y adherencia son factores que también pueden generar ansiedad o depresión en las personas con diabetes fundamentalmente por temor al no sentirse capaz de manejar su enfermedad adaptándose responsablemente a un estilo de vida saludable generando incertidumbre por la gravedad del diagnóstico entendiendo que se trata de una condición crónica, del mismo modo interviene el factor económico al no contar con los medios adecuados necesarios para el tratamiento, los insumos, dieta equilibrada, el tiempo y responsabilidad que esto conlleva.

Coincidiendo con Heyman (2018), psicólogo de profesión y paciente de diabetes, quien hace años trabaja en los factores psicológicos que afectan a esta condición, menciona que estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad y depresión en los niveles de glucosa en sangre, teniendo en cuenta que apostar por un mejor manejo de la ansiedad y tratamiento de la depresión ayuda a mantener niveles más acordes a la normoglucemia y mejorar al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Además, el manejo adecuado de la ansiedad y depresión permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento.

Otro factor modulador de las manifestaciones psicosociales de la enfermedad lo constituyen los sistemas de apoyo social y familiar, es decir la contención social, laboral y del hogar como la provisión de servicios de apoyo clínico como psicológico y económico, representando un factor positivo que disminuye el sufrimiento emocional en estos pacientes. Cabe destacar también el trabajo del personal de salud que tiene a su cargo la atención de estos pacientes, que constituye una importante y prestigiosa fuente de información que disipa temores y prejuicios en relación con la enfermedad.

Teniendo en cuenta la respuesta psicológica generalizada que se ha podido corroborar en esta investigación, no hay dudas de que el padecer Diabetes Mellitus genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece, pueden incidir negativamente en la adherencia al tratamiento y por tanto en su control metabólico. Se ha demostrado que mientras más información tenga el paciente, que cuente con educación diabetológica y cuidados respecto a su diabetes, se

incrementará su fortaleza a la enfermedad y se disminuyen aspectos como la ansiedad, depresión y otro tipo de trastornos psicológicos.

Los individuos que viven con una condición crónica presentan una actitud más negativa frente a la enfermedad, esto puede deberse a la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado y puede empeorar la evolución de la misma, las cuales son barreras para una terapia eficaz; asimismo, los sentimientos de enojo, culpa, resentimiento, miedo y tristeza que son síntomas compartidos de ansiedad y depresión que interfieren a menudo con la habilidad del individuo para un auto-cuidado favorable. Las personas con diabetes Mellitus pueden desarrollar prácticamente cualquier síndrome psicológico como la ansiedad y la depresión, que son los trastornos comórbidos más comunes en los pacientes en estos pacientes de acuerdo a los hallazgos encontrados. Los resultados confirman lo reportado por autores como De los Ríos, Sánchez (2004) quien expone en sus estudios sobre el tema, que gran parte de esta población presenta a menudo algún grado de deterioro en aspectos emocionales como la ansiedad y depresión. Se observó que los pacientes a medida que pasan los primeros 15 años de evolución de la Diabetes Mellitus se ven más afectados por que presentan un alto nivel de Ansiedad y Depresión y estos resultados revelan la importancia de tomar en cuenta estos factores. Estos resultados concuerdan con Garduño (2012) quien en su estudio para explicar la depresión en pacientes con DM señaló que el tiempo de evolución de la enfermedad es una variable asociada a la presencia de depresión y otras enfermedades concomitantes en los pacientes con Diabetes.

Los hallazgos encontrados en este estudio permitieron demostrar que las personas con diabetes presentan Niveles de Ansiedad y Depresión bastante más elevados a diferencia del grupo que no padece diabetes, por lo que es importante que en el equipo de salud de atención primaria se tenga en cuenta estos factores psicológicos para accionar y por consiguiente entrenar a estos pacientes para mejorar en la adaptación de su enfermedad y ayudar al mismo a afrontar el cambio físico y psicosocial que se produce por el avance progresivo de la cronicidad, desde el inicio de la enfermedad y la evolución de la misma.

CONCLUSIONES FINALES

Los hallazgos obtenidos en esta investigación respecto a los niveles de ansiedad y depresión en los dos grupos elegidos como muestra, brindan resultados interesantes a la luz de los objetivos perseguidos.

Por un lado, se ha logrado identificar la incidencia y prevalencia de las variables estudiadas y trabajadas, encontrando resultados importantes que determinan de modo general altos niveles de ansiedad y depresión en los dos grupos que muestra una similitud al cotejar los datos. Sin embargo, se presenta un índice más elevado en el grupo de personas con Diabetes Mellitus, lo que orienta para tener en cuenta algunas diferencias que se pueden observar respecto al grupo que no padece Diabetes. Dicho esto, se podría pensar en las posibles causas y consecuencias que esa diferencia marca a la hora de abordar estas problemáticas psicológicas en pacientes con una enfermedad crónica subyacente.

Los hallazgos encontrados en este estudio también permitieron demostrar que las personas con diabetes son más propensas a padecer ansiedad y depresión por causas determinadas por la misma condición de salud como estrés por el tiempo que implica sostener y sobrellevar una patología crónica, repercusión directa en los niveles de glucemia, interferencia en el tratamiento y adhesión de la enfermedad por padecer ansiedad y depresión, grandes implicaciones en futuras complicaciones de la diabetes si no se tratan los síntomas de ansiedad y depresión, agotamiento por tener que ocuparse de una condición física y otra psíquica, requerir mayor tiempo para ocuparse de ambas condiciones de salud. También estos pacientes podrían presentar niveles elevados de otras hormonas como el cortisol y la adrenalina que pueden afectar el funcionamiento de la insulina o medicación para la diabetes, sumado a posibles problemas de alimentación poco saludables, entre otros.

Si bien la ansiedad y la depresión son temas bastante estudiados en nuestra disciplina psicológica, se ha logrado incorporar en esta tesis una condición patológica para poder reflexionar sobre lo que ocurre con estas problemáticas de salud mental en pacientes diagnosticados con DM, comparándolo con sujetos que no padecen DM. De este modo, se puede responder a la pregunta de investigación que no solo implica medir

los niveles de ansiedad y depresión sino que también este estudio deriva en poder pensar las posibles causas y consecuencias que pudieran dar cuenta del porqué del resultado de niveles más elevados en pacientes con diabetes, teniendo en cuenta algunas diferencias.

Entonces podría decirse que altos niveles de ansiedad y depresión influyen directamente en la salud mental de las personas, por ende, repercute en la calidad de vida, los vínculos sociales, el rendimiento laboral y/o académico; en cambio, en las personas con Diabetes impacta de un modo particular ya que no sólo cuentan con una enfermedad a nivel metabólico, la cual requiere de autocuidados constantes sino también el riesgo que la ansiedad y la depresión podrían significar a la hora de continuar con el tratamiento de esta condición de salud. Además, podría llegar a complicar la adherencia y seguimiento del tratamiento, impactando de forma perjudicial en los niveles de glucemia, en los controles diarios, en el conteo de carbohidratos, en las futuras complicaciones y demás cuidados que el paciente con diabetes debe tener.

De acuerdo a la práctica actual, la mayoría de los casos sólo se centra en ver o revisar los pasos a seguir en el tratamiento de diabetes únicamente desde el cuerpo médico, olvidando que la salud mental también es una parte fundamental e inseparable de los individuos para una adecuada gestión de la enfermedad.

También se puede pensar en que una cantidad de ansiedad (ansiedad instrumental) puede ser necesaria para que permita al paciente trabajar para tener mejores glucemias, mayor control y adherencia a su tratamiento, pero el impacto de una ansiedad severa y continuada puede producir el efecto contrario y esto puede ser peligroso para dicho control. La identificación y atención psicoterapéutica será entonces la posibilidad de comenzar a trabajar estos aspectos psicológicos para mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.

Acompañó y coincido con el autor Gonzales, N (2011), quien sostiene que los problemas de salud mental que no se tratan pueden empeorar las condiciones crónicas y, a su vez, los problemas relacionados con la diabetes, en este caso, pueden empeorar los problemas de salud mental. Pero afortunadamente si mejora uno, el otro también tiende a mejorar.

De modo similar ocurre con la depresión y la ansiedad, siendo estas afecciones de gran incidencia que causa sentimientos de tristeza, nerviosismo, estrés y, a menudo, la pérdida del interés por las actividades que antes se solía disfrutar, puede interferir en el desempeño laboral y en su vida diaria e incluso en el cuidado de la diabetes. Cuando no se puede manejar bien la diabetes, aumenta el riesgo de presentar complicaciones a nivel físico como enfermedad del corazón, nefropatía, retinopatía, por mencionar algunos, y a nivel conductual como ansiedad y depresión, por nombrar otros.

Las personas con diabetes tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de presentar depresión que las personas sin diabetes. Se estima que solamente entre el 25 y el 50 % de las personas con diabetes que tienen depresión reciben el diagnóstico y tratamiento de este problema de salud mental, denotando déficit en la prevención y promoción de estos pacientes.

Se entiende que mientras antes se trate la depresión y la ansiedad, mejor será la calidad de vida y la autogestión de la diabetes, en efecto, es probable que el diabético se cuide menos de lo habitual; también pueden verse afectados sus niveles de azúcar en la sangre porque las hormonas del estrés que pueden presentarse en estados depresivos y ansiógenos que hacen que estos suban y bajen de manera impredecible.

Los estudios muestran que la terapia para la ansiedad y la depresión funciona, pero, a veces, la medicación también forma parte de un tratamiento efectivo para estas problemáticas.

Pensar las enfermedades crónicas desde un modelo integral, donde se aborde la condición de salud pero también la salud mental sería productivo a la hora de vincular ansiedad, depresión y diabetes.

Por otro lado, estos hallazgos también permitieron responder preguntas que posibiliten pensar sobre posibles intervenciones desde la psicología como crear y ejecutar un plan operativo de prevención psicológica que se desarrolle con los pacientes pertenecientes a programas de diabetes y, de esta manera, poder brindar apoyo terapéutico para fomentar en los sujetos una estabilidad psicológica y que esto inste a disminuir los niveles de ansiedad y depresión, así como cualquier otra problemática de salud mental que se encuentren transitando.

Otra sugerencia posible sería promocionar y promover la salud mental por medio de campañas en hospitales o centros de salud, implementar nuevas estrategias

que nos ayuden no solo trabajar con los pacientes si no también con sus cuidadores o círculo más cercano, ya que ellos vienen a ser parte importante para el correcto desarrollo emocional en dichos pacientes, con el fin de generar conciencia en los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, técnicos) quienes brindan atención a los pacientes, para que prime el buen trato, amabilidad, tolerancia y empatía, con el fin de evitar empeorar o generar episodios ansiosos o depresivos.

Es importante destacar y revalorizar el rol del Psicólogo como profesional formando parte de la intervención en casos de ansiedad y depresión, más aún en aquellos casos donde existe una enfermedad crónica como la Diabetes.

Este reconocimiento del importante rol de las actitudes y la conducta del paciente en el cuidado de la diabetes hace que se empiece a dar valor a las ciencias de la conducta y la psicología en el tratamiento de esta enfermedad. Más allá de que el psicólogo como consultor externo de aquellas problemáticas psicológicas que se presentan como dificultades emocionales o conductuales o se sospeche de alguna otra alteración respecto a la salud mental, es importante que el profesional psicólogo se comience a visualizar como un agente idóneo de la salud en el equipo interdisciplinario que atiende a personas con diabetes.

Aun cuando la comunidad científica y los profesionales de la salud han aceptado la importancia de la psicología en el tratamiento de esta patología, todavía la posición del psicólogo no ha sido integrada activamente como parte del equipo de tratamiento primario del paciente con diabetes en muchas instituciones de salud.

Los profesionales de la salud que intervienen en los casos de enfermedades crónicas como médicos endocrinólogos, nutricionistas, deportólogos, frecuentemente se encargan de la parte médica y de orientar a los pacientes con su tratamiento pero no se ocupan de lo psicológico.

Por dicha razón, los psicólogos deben ser parte integral del equipo multidisciplinario que trabaja con el paciente con diabetes para servir tanto de apoyo a los pacientes, como a los profesionales que trabajan con ellos.

El psicólogo puede intervenir en evaluaciones iniciales y en el continuo cuidado de un paciente prestando atención a múltiples áreas como manejo y aceptación del diagnóstico, manejo de las complicaciones; establecimiento de metas apropiadas y alcanzables teniendo en cuenta factores culturales, educativos, económicos y de estilo

de vida, identificación de conductas de alto riesgo como el uso de tabaco, alcohol, manejo de dificultades en la adherencia, al tratamiento y en lo concerniente a desórdenes mentales y en relación tratamiento en sí.

Respecto a esto se podría comenzar por crear visibilidad, hacer contacto con médicos, clínicas, hospitales y asociaciones de diabetes dándose a conocer y ofreciendo sus servicios como profesional entrenado en el manejo de la diabetes y en problemáticas de ansiedad y depresión.

Siguiendo con esta perspectiva, los psicólogos deben proveer evidencia del beneficio de la psicología en el cuidado de la diabetes, lo cual se puede hacer a través de investigaciones como la que se expone en este trabajo, que documentan los resultados hallados como material para futuras investigaciones.

En cuanto a las debilidades y fortalezas de la investigación, podría decirse que presenta una limitación a lo que respecta al tamaño de la muestra. Pero a pesar de que la misma es pequeña, este trabajo abre puertas a futuros y más amplios estudios.

De igual modo y con sus debilidades, el presente escrito sienta precedentes, en tanto al material teórico trabajado y estudios en la temática planteada respecto a la relación entre ansiedad, depresión y diabetes.

Se espera que en un futuro cercano, los responsables de implementar medidas que insten a la promoción y prevención de la salud respecto al cuidado de la diabetes y la salud mental en general, tomen cartas en el asunto para que las personas puedan tener conocimientos e información accesible sobre los factores psicológicos que se encuentran en auge en estos tiempos a partir de la posibilidad de identificar tempranamente rasgos de ansiedad y depresión, más aún si se parte de una condición crónica como lo es la diabetes.

Por último, es de gran importancia mencionar la Nueva ley de salud mental N° 26657 (2010) que propone en su Art. 3° que: se reconoce la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda personas.

Confirmando así que los individuos son sujetos bio-psico-sociales, entendiendo que es imposible pensar lo humano desde una perspectiva individualista sino por el

contrario teniendo en cuenta todas las esferas que intervienen en la vida de una persona, sobre todo al pensarnos como profesionales de la salud mental.

Es importante apostar a la calidad de vida a pesar de vivir con una patología crónica, entendiendo que sin salud mental no hay condición crónica que pueda ser gestionable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association (ADA) (2009). Normas de Atención Médica de la Diabetes 2009. Diabetes Care.
- American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona. Masson.
- Antunez, M. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa. Acta Médica Colombiana.
- Asociación Americana de Diabetes (2018). Diagnóstico en Diabetes y desórdenes de salud mental. Latinoamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Psicopatología de la ansiedad. Obtenido de: http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad.
- Becerra, V (2009). Trastornos por ansiedad. Gabinete de psicología. Recuperado el 5 de Noviembre de 2009, <http://www.cop.es/colegiados/s-02633/Ansiedad.html>.
- Beck, A., Rush, A (1979). Cognitive therapy of depression. New York. Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Colunga, R (2007). Diabetes tipo 2 y Depresión. Unidad de Investigación Médica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista de Salud Pública.
- De los Ríos, J (2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Revista médica IMSS.

- Delgado (1998). Propuesta de medición de la calidad de vida urbana como objetivo de planificación y gestión local. Anales del IV Seminario Latinoamericano de Calidad de Vida Urbana. Tandil, Argentina.
- Feiter, C., & Traman, M. (2019). Promoción y prevención en Diabetes. Profesional Paradise.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), (1999). “Código de Ética”. En Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur, Calo O. y Hermsilla A. M., Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
- Fester, L. (1965). Teorías de Psychology. Madrid. Psychology and the human mind.
- Freud, Sigmund (1925). “Inhibición, síntoma y angustia”. Buenos Aires. En Obras completas. Tomo XX. Amorrortu.
- Freud, S. (1972). Duelo y melancolía. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García De los Rosales, J & Montalvo, V. (2015). Diabetes Mellitus. Mediterráneo.
- García-Viniegras-González (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral.
- Garduño, E (1998). Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Invest clínica.
- González, M., Martín, M., Grau, J.A., & Lorenzo, A. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Heyman, M (2018). Cómo impacta la diabetes tu salud mental [Internet]. 2011 [citado 26 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://es.beyondtype1.org/como-impacta-la-diabetes-tu-salud-mental>.
- Ibor, L (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Medicina Interna.
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.
- Maisto A, Morris C. (2012). Introducción a la Psicología. 14° ed. México: Pearson Educación.
- Manzano, R., Perdomo, A. (2016). Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación. Scielo.

- Martínez, F. (2015). Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. *Gaceta Médica de México*.
- Martínez, K. (2019). Depresión y Ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco "Arsenio Filigrana Zubieta". *European Scientific Journal*. OMS. (30 de enero de 2020). Organización mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación*. Rovira Joan. Washington.
- Pantani, F., & Rosas, J (2019). Repositorio upch. Obtenido de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6409/Frecuencia_Pantani Romero_Francesco.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6409/Frecuencia_Pantani_Romero_Francesco.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pérez & Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*.
- Pidemunt (2010). Factores determinantes en el deterioro de la función y la calidad de vida. Tesis Doctoral no publicada, de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. [En línea]. Consultado: [Marzo 2012]. Disponible en: www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E., Rojas, J., Toledo, A (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Archivo: farmacológico*. Venezuela.
- Piqueras, R. J., Martínez, G. A., Ramos, L. V., Rivero, B. R., García, L. L. Oblitas, G. L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*.
- Polanco, J. (2014). Repositorio universal . Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4070/MDpoalj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ramirez, E. (2017). Relación entre autoestima y la depresión en los padres que asisten a la asociación Ayúdanos a ayudar a familiares y personas con discapacidad del distrito de Corrales-Tumbes, 2015. Obtenido de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1488>
- Rivas, V. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*.

- Riveros, A (2005). Efectos de una intervención cognitivo- conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Asociación española de psicología conductual (AEPC).
- Rojas, K (2016). El peruano. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticiala-depresion-es-trastorno-menta>
- Romero, J & Ascuá, I. (2019). *La Diabetes mellitus y sus cuidados*. Mediterráneo.
- Sociedad Argentina de Diabetes (2020). *Diabetes y algo más*. Editorial Latinoamérica.
- Sociedad Española de Diabetes (2017). *Tratado de Diabetes Mellitus*. Editorial Médica Panamericana. S.A. 23, 4.
- Spielberger & Díaz (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (IDARE)*. México D.F: Manual Moderno.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo alto : Consulting Psychologists Press.
- Spilemberg. (1972). *Theory and research on anxiety*. New York: Academic Press.
- Tobal, M. (1990). *La ansiedad*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Torres (2008). *Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo. Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings*. *Revista Médica*. Chile Santiago.
- Vicente, P. N. (2020). *Ansiedad y depresión, ¿cómo se relacionan?* *Psicología Nafria* , 2.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Zavala M, Martínez O, Whetsell M. *Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos* [Internet]. 2006 [citado 14 de abril de 2016]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76>
- Zavala, MR (2006). *Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos*. *Revista Aquichan* 2006.
- Zevallos, S. (2016). *Artículos Originales* . Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/14>
- Zorrilla, H (2001). *Aspectos psicosociales del paciente adulto con diabetes*. En *atención integral del paciente diabético*. México. D.F. McGraw Hill interamericana.

-Zung, W. (1971). La ansiedad y sus rasgos . Madrid: Centro de Estudios Ramón.

ANEXOS Y APÉNDICES

Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, dirigida por Espinosa María Sara, estudiante de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI), de la ciudad de Rosario. He recibido toda la información necesaria de forma clara y comprensible sobre el objetivo, procedimiento y temporalidad, que se seguirá a lo largo del proceso de este estudio. Me han indicado que tendré que responder un cuestionario tipo Inventario o Escala de Likert que explora los niveles de ansiedad y depresión en personas con diabetes y sin diabetes. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para otro propósito fuera de los estipulados en este estudio, sin mi consentimiento. Además, se me indicó que podía realizar preguntas sobre este proyecto en cualquier momento y que tengo la potestad de retirarme cuando así lo decida, sin que acarree perjuicio alguno para mi persona.

Sí Acepto

No Acepto

Cuestionario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) Tristeza

No me siento triste

- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) Fracaso

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) Pérdida de Placer

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) Sentimientos de Culpa

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) Sentimientos de Castigo

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) Disconformidad con uno mismo

- No estoy decepcionado de mí mismo.

- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) Autocrítica

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10) Llanto

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) Agitación

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) Pérdida de Interés

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) Indecisión

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

- Evito tomar más decisiones que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14) Desvalorización

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15) Pérdida de Energía

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16) Cambios en los Hábitos de Sueño

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) Irritabilidad

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) Cambios en el Apetito

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.

- He perdido completamente el apetito.

19) Dificultad de Concentración

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) Cansancio o Fatiga

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago
o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) Pérdida de Interés en el Sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Cuestionario de Ansiedad de Beck

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 síntomas característicos de la ansiedad. Por favor, lea cada uno con atención, e indique cuánto le ha afectado ese síntoma durante la última semana, incluido el día de hoy. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en la última semana.

Durante la última semana me he sentido.

1) Torpe o entumecido

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

2) Acalorado

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

3) Con temblor en las piernas

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

4) Incapaz de relajarse

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

5) Con temor a que ocurra lo peor

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

6) Mareado, o que se le va la cabeza

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

7) Con latidos del corazón fuertes y acelerados

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

8) Inestable

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

9) Atemorizado o asustado

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

10) Nervioso

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

11) Con sensación de bloqueo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente

Severamente

12) Con temblores en las manos

En absoluto

Levemente

Moderadamente

Severamente

13) Inquieto, inseguro

En absoluto

Levemente

Moderadamente

Severamente

14) Con miedo a perder el control

En absoluto

Levemente

Moderadamente

Severamente

15) Con sensación de ahogo

En absoluto

Levemente

Moderadamente

Severamente

16) Con temor a morir

En absoluto

Levemente

Moderadamente

Severamente

17) Con miedo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

18) Con problemas digestivos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

19) Con desvanecimientos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

20) Con rubor facial

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

21) Con sudores fríos o calientes

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

