

Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras

Prevalence and Characterization of Anxiety and Depression Disorders in patients with Diabetes Mellitus type 2, Honduras

Luis Enrique Sánchez-Sierra^{1ab}, Oscar Gómez-Medina^{2a}, Marlen Hernández^{1a}, Nubia Díaz-Arrazola^{1a}, Cinthya Karina Mejía-Escobar^{1a}, Modesto A. Pastrana^{1a}, Ana Mariela Molina^{1a}, Ruth Eunice Aguilar-Robledo^{1a}, Andrea Estefanía Ramos-Ortega^{1a}, Frances Marié Mejía^{3a}

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y características de los trastornos de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Materiales y métodos:** El Instituto Nacional del Diabético, Honduras, es un centro de investigación, educación y atención a pacientes con DM2. Estudio tipo transversal y descriptivo, con universo de 12,220 pacientes con diagnóstico de DM2 entre marzo a mayo de 2019, con muestra de 372 casos, calculada con Open Epi de Epi Info 7.2, nivel de confianza 95%, con muestreo aleatorio simple. Criterios de Inclusión: ambos sexos, entre 18 y 90 años, más de un año de diagnóstico de DM2 y aceptar participar con consentimiento informado. **Resultados:** El 100% fueron pacientes con diagnóstico de DM2, con una muestra de 372 casos, media de edad de 57 años, el 81.1% de las mujeres y el 75.9% de los hombres presentaron por lo menos un rasgo de depresión, así como, 95.8% de mujeres y 93.8% de los hombres, tuvieron algún rasgo de ansiedad. El 4.6% de casos no tuvo ningún rasgo de depresión ni de ansiedad. El 79.0% presentaron algún rasgo de depresión y ansiedad. **Conclusiones:** Los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 tiene mayor predisposición a trastornos del estado de ánimo, debido al impacto emocional que representa la enfermedad, esta predisposición es mayor en primeros años después del diagnóstico de DM2, así como tiene mayor prevalencia en las Hombres.

Palabras clave: Diabetes mellitus, Trastornos de ansiedad, Trastorno depresivo (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence and characteristics of anxiety and depression disorders in patients with type 2 diabetes mellitus. **Materials and methods:** The National Institute of Diabetics, Honduras, is a center for research, education and care for patients with DM2. Cross-sectional and descriptive study, with a universe of 12,220 patients with a diagnosis of T2DM between March to May 2019, with a sample of 372 cases, calculated with Open Epi from Epi Info 7.2, 95% confidence level, with simple random sampling. Inclusion criteria: both sexes, between 18 and 90 years, more than one year of diagnosis of DM2 and agree to participate with informed consent. **Results:** 100% were patients diagnosed with DM2, with a sample of 372 cases, mean age of 57 years, 81.1% of women and 75.9% of men presented at least one trait of depression, as well as, 95.8% of women and 93.8% of men, had some trait of anxiety. 4.6% of cases did not have any trait of depression or anxiety. 79.0% presented some trait of depression and anxiety. **Conclusions:** Patients with Diabetes mellitus type 2 have a greater predisposition to mood disorders, due to the emotional impact that the disease represents, this predisposition is greater in the first years after the diagnosis of DM2, as well as it has a higher prevalence in Men.

Keywords: Diabetes mellitus, anxiety disorder, depressive disorder (Source: NLM-MeSH)

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras
2. Instituto Nacional del Diabético (INADI), Tegucigalpa, Honduras.
3. Universidad Católica de Honduras, Tegucigalpa, Honduras
 - a. Médico
 - b. Magíster en Salud Pública

Recibido: 22/04/2020 Aprobado: 31/05/2020

Citar como:

Sánchez-Sierra LE, Gómez-Medina O, Hernández M, Et al. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(2): 42-52.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de hiperglucemia¹, se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y mayor producción de glucosa². Se ha convertido en una pandemia que constituye un problema de salud pública mundial; con proporciones epidémicas³, en Honduras su prevalencia es de 7.4%⁴.

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de DM2, según la American Diabetes Association (ADA), incluyen antecedentes de diabetes en padres o hermanos, la obesidad, la inactividad física, entre otras⁵. También se reconocen factores cognoscitivos, sentimentales y emocionales interfieren en el surgimiento y evolución de la DM2. Estos pacientes pueden desarrollar casi cualquier padecimiento psiquiátrico, siendo la depresión y ansiedad los más frecuentes⁶.

Los trastornos de ansiedad (TA) afectan los procesos mentales y producen distracciones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y la funcionalidad del individuo, su capacidad de hacer frente al manejo de sus comorbilidades⁷. La depresión es un trastorno mental, en el que se ve afectado el estado de ánimo, hay tristeza permanente o transitoria y sentimiento de culpa, es el desorden afectivo más frecuente en el adulto⁸.

Está demostrado que el abordaje biopsicosocial tiene éxito en el manejo de las alteraciones metabólicas del paciente y el apego a su tratamiento, por lo tanto, y con la intención de dar a conocer la importancia del manejo de trastornos psiquiátricos en la DM2; desarrollamos esta investigación, con el objetivo de Determinar la prevalencia y caracterizar los trastornos de

Ansiedad y Depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

METODOLOGÍA

El Instituto Nacional del Diabético (INADI), ubicado en Tegucigalpa, Honduras, es un centro de investigación, educación y atención a pacientes con DM2. El presente estudio es de tipo transversal y descriptivo, con universo de 12,220 pacientes con diagnóstico de DM2 durante el período de abril a junio de 2019. La muestra fue de 372 casos, calculada con Open Epi del programa Epi Info 7.2, frecuencia hipotética del factor de resultado en la población de 50% y un nivel de confianza del 95%.

El muestreo fue aleatorio simple, se determinó tomando 5 números al azar de una tómbola de cuenta de 1 a 20 números, siendo la cantidad de pacientes asignado por médico, los números seleccionados se les aplicó el instrumento, los que no aplicaron, se seleccionó otro número de la tómbola para remplazarlo.

Los criterios de Inclusión fueron, pacientes de ambos sexos, edad entre 18 y 90 años, más de un año de diagnóstico de DM2, control en la consulta externa de INADI y aceptar participar por medio de consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados con DM1, pacientes por primera ocasión o que nieguen participar en el estudio. La recolección de datos fue mediante un instrumento con variables sociodemográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, escala de ansiedad y depresión de Hamilton, el instrumento fue aplicado durante la consulta médica. Los datos se tabularon en el programa Epi-info 7.2, se realizó análisis estadístico descriptivo, con frecuencia, medidas de tendencia central, cálculo de la media para variables cuantitativas y de porcentajes con intervalo de confianza de 95% para variables cualitativas.

El estudio garantizó confidencialidad de la información de los pacientes, la participación fue voluntaria, pudiendo retirarse en el momento deseado sin repercusión a su integridad. Los investigadores recibieron el curso en línea de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6.

RESULTADOS

Se entrevistaron 372 pacientes con DM2, sus datos sociodemográficos se presentan en la **tabla 1**. La edad mínima fue 29 años, la máxima 96 años y una media de 57 años. 325 casos (87.4%) viven en compañía y el resto viven solos. Sobre el tiempo de diagnóstico de DM2, 153 (41.1%) casos tuvieron entre 1 y 5 años, 151 (33.9%) entre 6 y 10 años, 68 (16.1%) entre 10 y 20 años; 6 (1.6%) casos con más de 20 años.

La escala de Hamilton para la clasificación de la ansiedad se muestra en la **tabla 2**. Al relacionar el tiempo de diagnóstico de DM2 con el rango de ansiedad (n:372), se encontró que la ansiedad moderada/grave se presentó en mayor medida en pacientes que tenían de 6 a 10 años de diagnóstico de DM2 con un 32.5% de casos, los que presentaron ansiedad grave/severa y 1 a 5 años de diagnóstico de DM2 fueron 32%.

La relación entre el sexo de los pacientes con el rango de ansiedad mostró que los pacientes varones (112) presentaron ansiedad moderada/grave el 68.8%, los varones con ansiedad leve fueron 25.0% y sin ansiedad el 6.2%. De las mujeres (260) el 81.6% presentó ansiedad moderada/grave, las pacientes con ansiedad leve fueron 14.2% y sin ningún rango de ansiedad el 4.2%.

Tabla 1. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras. Datos Sociodemográficos.

SEXO	EDAD (en años)			ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD		PROCEDENCIA	
Hombre	30.1%	29-40	8.9%	Casado	38.8%	Primaria	46.5%	Urbana	52.4%
Mujer	69.9%	41-60	53.9%	Unión libre	25.8%	Secundaria	40.9%	Rural	47.6%
		61-80	35.6%	soltero	21.8%	Universitaria	5.9%		
		81-96	1.6%	Viudo	10.7%	Analfabeta	6.7%		
				Divorciado	2.9%				
Total	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

Tabla 2. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras. Escala de Ansiedad de Hamilton.

Intensidad Parámetros	Características	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Incapacitante
1. Humor ansioso	Inquietud, espera lo peor, aprensión, irritabilidad.	12.1%	30.7%	45.9%	11.0%	0.3%
2. Miedos	A la oscuridad, la gente desconocida, quedarse solo, multitudes.	22.9%	14.5%	31.9%	29.6%	1.1%
3. Insomnio	Difícil conciliar el sueño, sueño interrumpido, no satisfactorio, cansancio al despertar.	10.2%	19.4%	40.3%	27.9%	2.2%
4. Humor deprimido	Tristeza, depresión, desamparo, Inutilidad.	14.3%	45.7%	33.1%	6.4%	0.5%
5. Síntomas CV	Taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho.	18.6%	20.2%	34.1%	25.0%	2.1%
6. Síntomas SNC	Boca seca, palidez, sudoración excesiva, vértigo, cefalea tensional.	11.8%	22.9%	31.2%	32.5%	1.6%

Nota: CV: cardiovascular, SNC: sistema nervioso central.

La escala de Hamilton para la clasificación de la depresión se muestra en la **tabla 3**, los datos recolectados indicaron, 164 (44.1%) casos con depresión leve, 116 (31.2%) con depresión moderada, 16 (4.3%) con depresión grave y 76 (20.4%) no tuvieron ningún grado de depresión.

Al relacionar los datos obtenidos entre años de diagnóstico de DM2 y rango de depresión (n:372), encontramos que los pacientes con 1 a 5 años de diagnóstico de DM2 y depresión grave representa el 0.8% del total, en el mismo rango de tiempo de evolución con depresión moderada

representa el 10.5%; con depresión leve representaron 20.9% y sin depresión un 8.9%. En el rango de antigüedad de DM2 de 6 a 10 años y con depresión grave se encontró un 2.7% de pacientes. Con depresión moderada representó un 15.2%; con depresión leve representa un 15.1%.

Sin depresión se encontró un 7.5% y no se encontraron pacientes con depresión muy grave en este rango de edad. En el rango de 11 a 20 años de padecer DM2 presentaron depresión grave un 0.8% de casos, con depresión moderada 5.4%, con depresión leve 7.8%, sin depresión 4.3% y no hubo pacientes con depresión muy grave.

Tabla 3. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras. Escala de Depresión de Hamilton.

Intensidad Parámetros	0	1	2	3	4
	1. Humor deprimido	Ausente 14.3%	Indica sensación al preguntar 45.6%	Sensaciones se relata oral y espontánea 33.1%	Sensación no comunicada verbalmente 6.5%
2. Culpabilidad	Ausente 24.5%	Siente haber decepcionado a la gente 23.7%	Ideas de culpabilidad, meditación de errores pasados, malas acciones 43.0%	La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad 8.3%	Oye voces acusatorias de denuncia, alucinaciones visuales amenazadoras 0.5%
3. Trabajo y actividad	Ausente 19.6%	Ideas de incapacidad, fatiga relacionada a trabajo o aficiones 39.3%	Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo. 31.2%	Diminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 9.4%	Dejo de trabajar por la presente actividad 0.5%
4. Insomnio precoz	Ausente 20.9%	Dificultades ocasionales para dormirse 59.9%	Dificultades para dormirse cada noche. 19.2%		
5. Ansiedad Psíquica	Ausente 22.8%	Tensión subjetiva e irritabilidad 40.1%	Preocupaciones por pequeñas cosas 31.5%	Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 5.6%	

Al comparar la frecuencia del sexo con el rango de depresión se encontró que los pacientes varones el 75.9% (112) tuvieron algún grado de depresión de los cuales el 2.7% presentó depresión grave, con depresión moderada fueron 26.8%, con depresión leve, 46.4% y sin rango de depresión, 24.1%. En cuanto a las pacientes femeninas, el 81.1% (260) tuvieron algún grado de depresión en las cuales se reportó con depresión grave, el 5.0%; con depresión moderada, 33.5%; con depresión leve, 42.6% y sin depresión representó el 18.9%.

La idea de suicidio apareció con tendencia en deseos de estar muerto o pensamientos sobre la posibilidad de morir en 121 (32.5%) pacientes; seguido de pacientes a quienes les parece que la vida no tiene sentido, en 115 (30.9%) casos. Las amenazas de suicidio aparecieron en 28 (7.5%) pacientes y hasta intentos fallidos de suicidio en 2 (0.5%). Las ideas de suicidio estuvieron ausentes en 106 (28.5%) casos. El insomnio asociado a la depresión se clasificó en precoz, medio y tardío; el insomnio precoz manifestó más frecuentemente dificultad para quedarse dormido en 223 (59.9%) personas y 78 (21.0%) casos no tuvieron alteraciones de insomnio precoz.

El Insomnio medio se manifestó como la queja frecuente de inquietud durante la noche en 206 (55.3%) pacientes, estar despierto toda la noche fue reportado por 61 (16.4%) personas y sin alteraciones del sueño medio en 105 (28.2%).

El insomnio tardío en su mayoría fue reportado como despertarse en horas de la madrugada, pero con la posibilidad de volver a dormir en 233 (62.6%) casos, no volver a dormir en 53 (14.3%).

La relación entre el sexo y el suicidio se encontró que el sexo masculino no presentó ideas de muerte o suicidio en 9.7%, los varones que reportaron que no vale la pena vivir su vida, fue un 11.6%; los que desearon estar muertos representaron un 6.9%, los pacientes con ideas de suicidio representaron 1.9% y no se encontraron pacientes varones con intentos de suicidio. En relación, al sexo femenino, el 18.8% no presentan ideas, ni intentos de suicidio. Las pacientes femeninas que refieren que no vale la pena vivir su vida representaron un 19.4%. Las pacientes que desearían estar muertas o tienen pensamientos relacionados, representaron el 25.5%; los casos con ideas de suicidio representaron 5.6% y los casos con intentos de suicidio anterior representó 0.5%.

La clasificación de la escala de ansiedad de Hamilton y de la escala de depresión de Hamilton se presentan en la **tabla 4**, indicando que casos presentaron simultáneamente ambas condiciones.

Tabla 4. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sin ansiedad y Sin depresión	17	4.6
Con ansiedad y sin depresión	60	16.1
Sin ansiedad y con depresión	1	0.3
Con ansiedad y con depresión	294	79.0

DISCUSIÓN

Las personas con DM2 tienen el doble de probabilidad (2:1) de sufrir depresión en comparación al resto de la población 9. Si se mejora la calidad de vida en el ámbito psicológico de los pacientes con DM2, ellos tendrán una mayor adherencia al tratamiento¹⁰.

Entre los pacientes entrevistados en este estudio predominó el género femenino con 69.9%, dato similar al encontrado por Constantino-Cerna A. *et al.* donde el 64% de los pacientes encuestados fueron mujeres¹¹. En relación, al estado civil; obtuvimos que 38.7% eran casados, 25.8% unión libre, en comparación a estudio de comorbilidad de diabetes y trastornos depresivos de Serrano Becerril C. I. *et al.* que reportó que el 84% de pacientes eran casados. Incluso podemos comparar en promedio de tiempo de diagnóstico de DM2 de nuestro estudio que fue de 7.1 años en comparación a los 10.2 años de promedio encontrados en ese mismo estudio¹².

La ansiedad se define como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña diversos padecimientos médicos y psiquiátricos⁷. Como se menciona, no solo las afecciones mentales son predominantes, de hecho, la presencia de manifestaciones somáticas es evidente. En cuanto a esto reportamos la presencia de somatización secundaria a ansiedad en varios sistemas; de los cuales destacan las afecciones a nivel cardiovascular (taquicardia, palpitations, dolores de pecho y extrasístoles) que se manifestaron en intensidad moderada en 34.1%, grave 25.0%, leve 20.2%, incapacitante en 2.2% y solo un 18.6% no las presentó. Así como se presentó manifestaciones respiratorias, gastrointestinales y hasta genitourinarias. Confirmamos datos de literatura que reportan manifestaciones físicas más frecuentes y de mayor intensidad que, además, se

suman a problemas emocionales que crecen a medida la enfermedad progresa a un estado de cronicidad¹³.

Existen síntomas asociados al comportamiento ansioso (agitación nerviosa de manos, frotarse los dedos, apretar los puños, temblores, ceño fruncido y aumento del tono muscular) que se manifestaron en distintos rangos de intensidad durante la entrevista al paciente, intensidad moderada en 32.5%, grave 24.2%, e incapacitante 2.4%. Esto se evidencia en estudios como el de Papelbaum y col. donde manifiesta que la prevalencia de trastornos de ansiedad entre pacientes diabéticos es elevada, observaron tasas de depresión y ansiedad de 18.6% y 34.3% respectivamente, entre 70 pacientes con DM2¹⁴.

Al abordar el apartado de humor ansioso (esperar lo peor, inquietud, aprensión e irritabilidad) este mostró una intensidad leve en 30.6% de casos, moderada en 45.9%, grave en 11.0%, incapacitante en 0.3% y ausente en 12.1%. Similares a los datos encontrados en un estudio realizado en Guatemala, donde se comprobó que la mayor parte de los participantes padecen de ansiedad clínicamente significativa, representado en un 44%, debido específicamente a un factor, que es el de DM2¹⁵.

Los trastornos del sueño tienen presencia en la patología ansiosa, podemos llegar a asegurar que un estado de ansiedad de intensidad moderada produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño. Al mismo tiempo, el retardo en conseguir dormir puede favorecer la aparición de pensamientos intrusivos referentes a las consecuencias perniciosas que conlleva una deficiente calidad o cantidad del sueño, que conduce a afección general de su salud¹⁶. Con relación a esto, se obtuvo resultados asociados a trastornos del sueño (dificultad para conciliarlo, sueño interrumpido, no satisfactorio, pesadillas y terrores nocturnos) manifestado como leve en 19.4%, en moderada intensidad 40.3%, trastorno grave en 28.0%, incapacitante en 2.2%, y ausente en 8.6%.

De igual manera, encontramos en este estudio que los pacientes con ansiedad moderada/grave fue más frecuente en pacientes de 6 a 10 años de diagnóstico de DM2 32.5%, ansiedad moderada/severa se manifiesta en el 32% de personas que tenían de 1 a 5 años de diagnóstico y un 18.3% para pacientes de 10 o más años de diagnóstico de DM2. En el otro extremo, los pacientes sin ansiedad representaron un 2.1% en personas de 1 a 5 años de diagnóstico de DM2, 2.1% para pacientes con 6 a 10 años de diagnóstico y solo 0.5% de pacientes que tenían más de 10 años de padecer DM2 y que no tienen ningún rango de ansiedad. Se comparó los datos obtenidos con los resultados de Domínguez-Reyes M. y col, que encontraron un estado de ansiedad alto en 72% de los pacientes, medio en 16% y bajo en 12% de los estudiados. Siendo los resultados más frecuentes la angustia, estrés, tristeza, llanto fácil y preocupación en 52% de personas que tenían diagnóstico de 2 meses o menos de DM23. García y Sánchez en su estudio sobre la prevalencia de ansiedad entre individuos con diabetes observaron que el 14% de los pacientes experimentaron trastornos de ansiedad generalizada y 40% síntomas notorios de ansiedad intensa¹¹.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración¹⁷. Los síntomas de humor deprimido (tristeza, desamparo y sentimiento de inutilidad) se identificaron los siguientes: expresiones faciales de tristeza, la postura, la voz y la tendencia al llanto se encontraron en el 6.4% de las personas. Características como estas estuvieron ausentes en 14.2% de las personas. Esto guarda relación con los resultados obtenidos por Pilar Jürschik, et al. quienes encontraron que el estado de ánimo negativo caracterizado por soledad y tristeza fue del 52,3%¹⁸.

Se ha demostrado que la incidencia de trastornos depresivos es más alta en mujeres que en hombres¹⁹. Concuera con resultados de este estudio donde, en base a 260 mujeres y 112 hombres, se encontró una prevalencia de depresión grave en 5.0% y 2.7% respectivamente. La depresión moderada en mujeres fue de 33.1% en comparación a pacientes varones con un 26.8%, la depresión leve se manifestó en 42.3% de mujeres en comparación a 45.5% de varones. Solo un 18.9% de mujeres no presentó ningún grado de depresión en comparación a 24.1 % de varones.

En cuanto al riesgo suicida los resultados obtenidos en el ensayo Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche, demostraron que 48.0% no presentaron riesgo suicida, 32% mostraron riesgo suicida leve, 18% presentaron riesgo moderado y 2% mostraron riesgo suicida grave²⁰. Comparado con este estudio, la tendencia en deseos de estar muerto o pensamientos sobre la posibilidad de morir en 32.5% pacientes, seguido de pacientes a quienes les parece que la vida no tiene sentido con 30.9%, las ideas de suicidio o amenazas de suicidio aparecieron en 7.5% pacientes e intentos fallidos de suicidio en 0.5%. Sumado a esto, en el estudio de Wang B. et al. concluyeron que la presencia de DM2 incrementa significativamente el riesgo de suicidio²¹.

En el apartado de depresión relacionado con el tiempo de diagnóstico de DM2, encontramos que pacientes con depresión grave fue más frecuente en pacientes con 6 a 10 años de diagnóstico de DM2 con 2.7%, seguido de los pacientes con 1 a 5 años de diagnóstico con 0.8%. La depresión leve se encontró en mayor frecuencia en 20.9% en pacientes con 1 a 5 años de ser diabéticos. Seguido del rango de 6 a 10 años con 15.1% y 7.8% en pacientes con más de 10 años de ser diabéticos.

Relacionamos esto con resultados del estudio Dorta L. y col. Donde los pacientes con DM2 con más de 10 años de evolución presentaron Depresión establecida en 80% de los casos y 20% presento riesgo para depresión²².

Al comparar los datos de rango de ansiedad de Hamilton y el rango de depresión de Hamilton (n:372); pacientes sin ansiedad y depresión moderada fueron 0.3 %, los pacientes sin ansiedad y sin depresión fueron un 4.6%, los pacientes con ansiedad y depresión leves fueron 5.4%, los pacientes con ansiedad leve y sin depresión representaron un 12.1%. Los pacientes con ansiedad moderada/grave y depresión grave 4.3%, los pacientes con ansiedad moderada/grave y depresión moderada representaron un 30.9%, los pacientes con ansiedad moderada/grave que presentaron depresión leve fueron 38.4% y los pacientes con ansiedad moderada/grave y sin depresión fueron 4.0%. Estos resultados en relación con el estudio de Martínez F. et al. con n:702 encontraron una presencia de pacientes con ansiedad y con depresión con frecuencia de 41.0%, con ansiedad sin depresión en 14.2%, sin ansiedad y con depresión 6.7% y sin ansiedad y sin depresión 38.1%²³.

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa como DM2, invariablemente atraviesa por agudas etapas de depresión y de ansiedad, principalmente. Puede ser que en el curso del tiempo supere y aprenda a controlar estados emocionales adversos, producto de lo que socialmente significa aprender a vivir con la enfermedad²⁴. Este estudio apoya esta aseveración donde encontramos que los pacientes con mayor tiempo de diagnóstico de DM2 presentaban los niveles más bajos de ansiedad y/o depresión.

Los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 tiene mayor predisposición a trastornos del estado de ánimo, debido al impacto emocional que representa la enfermedad, esta predisposición es mayor en primeros años después del diagnóstico de DM2, así como tiene mayor prevalencia en mujeres. Se recomienda un abordaje por equipo multidisciplinario a los pacientes con diagnóstico de DM2 sobre todo los de recientes diagnóstico, incluyendo en el manejo un psiquiatra o un psicólogo para abordar las patologías correspondientes a estas áreas clínicas.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández González B, Tárano Bonachea D, Arteaga Águila M, Rodríguez Mutuberría I. Influencia del antecedente de diabetes mellitus sobre la severidad del ictus en pacientes hipertensos. *Rev cubana med.* 2013; 52 (3):1-8.
2. Power A.C. Diabetes Mellitus. En: T.R. Harrison. *Harrison Principios de Medicina Interna.* Vol 2. 18ª ed. México: mcgraw-Hill; 2012. P 2968-3003.
3. Domínguez Reyes MY, Viamonte Pérez Y. Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Gac Méd Espirit.* 2014;16 (3):1-9.
4. OPS [internet]. Tegucigalpa: paho.org. [16 de mayo 2019;abril 2019]Disponible en: https://www.paho.org/hon/index.php?Option=com_joomlabook&view=topic&id=220

5. CDC. [internet] Atlanta.cdc.gov: [22 de enero de 2018; febrero 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/risk-factors.html>.
6. Castillo-Quan JI, Barrera-Buenfil DJ, Pérez-Osorio JM, Álvarez-Cervera FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Rev Neurol* 2010; (51): 347-59.
7. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento De Los Trastornos de Ansiedad en el adulto, México; Secretaria de Salud 2010. Http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/eyr_IMSS_392_10.pdf
8. Díaz Palarea M.D. Martínez Pascual B. Calvo Francés F. Trastornos afectivos en el anciano. *Rev Mult Gerontol*. 2002;12(1):19-25.
9. American Diabetes Association. [internet]. Arlington:diabetes.org;1995. disponible en: <Http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/saludmental/depresion.html>
10. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol*. 2011 29(1): 5-11.
11. Constantino-Cerna A. Bocanegra-Malca M. Leon-Jimenez F. Diaz-Velez C. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Rev Med Hered*. 2014; (25):196-203.
12. Serrano BCI, Zamora HKE, Navarro RMM, et al. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Med Int Mex*. 2012;28(4):325-8.
13. Portilla García L. Calidad de vida y auto concepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. *cybertesis*. Tesis EP Psicología [75]
14. Papelbaum M. Comorbilidad psiquiátrica en la diabetes mellitus tipo 2: del diagnóstico al tratamiento. *SIIC*. 2008; 4(4):1-3
15. Castillo Aldana D. Manifestaciones de Ansiedad que presentan Los Pacientes Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, En La Edad Adulta Media. *Recursosbiblio.Edu*. 2015.
16. Chóliz, M. Ansiedad y trastornos del sueño. *Emociones y Salud*. 1999: 59-182
17. Organización Mundial de la Salud. Depresión (sede web) 7 de abril 2017. Disponible en <https://www.who.int/topics/depression/es/>
18. Jürschik P. Botigué P. Nuin C. Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *GEROKOMOS* 2013; 24 (1): 14-7.
19. Arbeláez G. Silvia L. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009;38(2):316-24.
20. Ávila Zapata V. Apolinar Moreno G. Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche. *Temas de Ciencia y Tecnología*. 2016; 20 (58): 37-44.
21. Wang B, An X, Shi X, Zhang JA. Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol*. 2017;177(4):169-81.
22. Dorta L, Martes M, Villalba P, Fuentes P, Pérez Peñaranda A. Riesgo de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 según Tiempo de Evolución. Centro Diabetológico Aragua, Venezuela. 2011. *Comunidad Y Salud*. 2014;12(2):33-8.
23. Martínez Hernández F et al. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. *Gac Méd Méx*. 2014;150 (1):101-6.

24. Gonzales Gonzales N. Tinoco Garcia M, Benhumea Gonzales L. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios Públicos. 2011;14 (32): 258-79.

Correspondencia:

Cinthya Karina Mejía-Escobar

Email: karinamejaesc@gmail.com

