

Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en Pacientes Adultos con DM tipo 2

Anxiety, Depression and Psychosocial Adaptation in Adult Patients with type 2 DM

Marina del Carmen Osorio-Aquino¹,  Marcelina Cruz-Sánchez², 
Renán García-Falconi³,  Valentina Rivas-Acuña^{4(†)} 

DOI: 10.19136/hs.a20n3.4072

Artículo Original

• Fecha de recibido: 17 de octubre de 2020 • Fecha de aceptado: 28 de abril de 2021 • Publicado en línea: 1 de julio de 2021

Autor de Correspondencia:

Marcelina Cruz-Sánchez. Dirección postal: Av. Gregorio Méndez M. # 2838-A
Col. Tamulté de las Barracas, C.P. 86150, Villahermosa, Tabasco, México.
Correo electrónico: marcelina.cruz@ujat.mx

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre la presencia de síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y la adaptación psicosocial a la enfermedad en personas con diagnóstico de DM2 que acuden a una unidad de primer nivel de atención en Tabasco, México.

Material y Métodos: Estudio descriptivo correlacional; muestra integrada por 103 adultos de 20 a 60 años, con diagnóstico de DM2. Muestreo por conveniencia.

Resultados: 32% presentó síntomas de ansiedad moderada y 68% síntomas leves; 90.3% refirió síntomas depresivos. Se halló una correlación negativa significativa entre síntomas de ansiedad y cuidado de la salud ($p < .000$) que sugiere entre más síntomas de ansiedad peor adaptación. Síntomas de ansiedad y ambiente laboral mostraron una correlación negativa y significativa ($p = 0.000$), que sugiere peor adaptación a más síntomas ansiedad. En contraste, la correlación entre síntomas de depresión y ambiente laboral, mostró relación positiva y significativa ($0.530, p < .000$) que indica entre más síntomas de depresión peor es la adaptación.

Conclusiones: Los participantes mostraron síntomas de ansiedad entre leve y moderada, alto porcentaje mostró síntomas de depresión moderada y alta. Los síntomas de ansiedad y cuidado de salud, mostraron correlación negativa, síntomas de depresión y ambiente laboral se correlacionaron de forma positiva. Estos resultados tienen implicaciones para los proveedores de cuidado de personas con DM2.

Palabras claves: Síntomas de ansiedad, Síntomas depresivos, Adaptación psicosocial, Diabetes mellitus tipo 2

Abstract

Objective: to analyze the relationship between the presence of anxiety symptoms, depressive symptoms and psychosocial adaptation in people with a diagnosis of DM2 who attend a first level care unit in Tabasco, Mexico.

Material and Methods: descriptive correlational study; sample made up of 103 adults between 20 and 60 years old, diagnosed with T2DM. Sampling for convenience.

Results: 32% had moderate anxiety symptoms and 68% mild symptoms; 90.3% referred depressive symptoms. A significant negative correlation was found between anxiety symptoms and health care ($p < .000$) that suggests the more anxiety symptoms the worse the adaptation. Symptoms of anxiety and work environment showed a negative and significant correlation ($p = .000$), which suggests worse adaptation to more anxiety symptoms. In contrast, the correlation between symptoms of depression and work environment, showed a positive and significant relationship ($.530, p < .000$) which indicates the more depression symptoms the worse the adaptation.

Conclusions: participants showed symptoms of anxiety between mild and moderate, a high percentage showed symptoms of moderate and high depression. Symptoms of anxiety and health care showed a negative correlation, symptoms of depression and work environment were positively correlated. These results have implications for caregivers of people with DM2

Key words: Anxiety symptoms, Depressive symptoms, psychosocial adaptation, type 2 diabetes mellitus

¹ Maestra en Enfermería. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

² Doctora en Ciencias en Ecología y desarrollo sustentable. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

³ Doctor en Psicología. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

Introducción

La diabetes Mellitus (DM) es un padecimiento crónico, que se instala en el cuerpo cuando el páncreas no produce bastante hormona insulina o no la utiliza adecuadamente. “El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre)”¹. En el año 2017 se presentó una cifra de 424.9 millones de personas con DM en el mundo. Es factible que en el año 2045 exista un incremento aproximado de 48% lo cual daría 628.6 millones de pacientes con esta patología. México ocupa el quinto lugar con 12 millones de adultos con DM de 20-79 años de edad². En Tabasco, el último dato registrado señala que la prevalencia de DM2 fue de 12.1 % en población mayor de 20 años³, por otro lado, se cree que la depresión afecta a unos 350 millones de individuos a nivel mundial y de cada 20 personas, una notificó haber presentado un episodio de depresión en el año previo. La literatura señala que las personas con DM2 que presentan síntomas de ansiedad y depresión son las que menos realizan actividades físicas e incumplen con una dieta saludable⁴. De ahí la importancia de explorar esta relación y valorar la adaptación psicosocial de la persona a la DM2.

“La adaptación de una persona a la enfermedad crónica es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas”⁵. Las personas que son diagnosticadas con una enfermedad crónica degenerativa, desconocen cómo enfrentarse a ella y continuar con su vida ante tal situación; les resulta problemático adaptarse al padecimiento. No obstante, este proceso es necesario y requerido para poder continuar con sus vidas, de lo contrario su salud se deteriorará notablemente⁶.

En la presente investigación se utilizan algunos de los postulados propuestos en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy (MAR)⁷, para esta autora, la adaptación es el proceso y resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental. “Más allá de ser un sistema humano que simplemente lucha para responder ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno”⁷. Roy considera que los cambios del individuo funcionan como un todo y están en constante interacción con su entorno. La autora admite que las personas están expuestas a constantes cambios internos o externos, los cuales producen respuestas adaptativas adecuadas o inadecuadas. El modelo muestra las respuestas adaptativas del ser humano que envuelven habilidades, destrezas, conocimientos y compromiso, que pueden ser analizados y observados en

la conducta. Se considera que la adaptación es un proceso que promueve la integración, desde esta teoría se puede apreciar la adaptación fisiológica, psicológica y social de los pacientes con diabetes⁸.

“Roy describió a la persona como: el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (Relacionador y Regulador) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (fisiológico, auto-concepto, función del rol e interdependencia)”⁸.

Las personas, que en el modelo que nos ocupa, se definen como sistemas humanos, poseen pensamientos y sentimientos, competencias enraizadas en la conciencia con métodos de resistencia que operan para conservar la adaptación y originar el progreso del individuo y su entorno. Para conservar la relación de las fracciones y la integridad, las personas, como sistemas, poseen entradas o estímulos (focal, contextual, residual), métodos de control, entendidos como procesos de afrontamiento (regulador y cognitivo) y salidas entendidas como respuestas que se manifiestan a través de cuatro modos de adaptación a saber: fisiológico, auto concepto, desempeño del rol e interdependencia⁷.

El Modelo detalla tres clasificaciones de estímulos que crean el entorno. Un estímulo es entendido como el que induce una respuesta. Los estímulos descritos en el modelo son: 1) focal, es el estímulo interno o externo al que se expone el individuo de manera inmediata; la actitud o suceso presente en ese momento es la conciencia. Para el caso de nuestro estudio, el estímulo focal sería representado por la notificación del diagnóstico de la enfermedad DM2, debido a que las personas diagnosticadas tienen que adoptar una serie de modificaciones y prescripciones farmacológicas y dietéticas para intentar controlar su padecimiento para mantener la integridad; 2) contextuales, son todos los estímulos que encuentra la persona alrededor del estímulo principal (focal), que afectan la situación. Estos factores influirán en cómo la persona, como sistema humano, puede enfrentar el diagnóstico de DM2, para el caso que nos ocupa, pueden ser el entorno social, económico, de cuidado a la salud y familiar que rodea a la persona. Entre estos estímulos contextuales resaltan los rasgos de ansiedad y síntomas depresivos, enfatizan que una respuesta determinada (depresión o ansiedad) puede actuar como entrada al sistema y 3) finalmente existen otro tipo de los estímulos que nuestra autora llama residuales, y de los cuales, es difícil precisar el efecto sobre los dos primeros⁷.

De acuerdo con este modelo, la persona también posee los procesos de afrontamiento, definidos como: “modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno”. Los mecanismos innatos de afrontamiento en este estudio están representados por las respuestas al estrés producido por el padecimiento. Los mecanismos de afrontamiento adquiridos, se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Todo lo que adquiere el individuo para mejorar su salud, el control de su ansiedad y depresión y poder alcanzarla adaptación⁷.

Los pacientes con DMT2 presentan rasgos de ansiedad debido a su padecimiento, algunos estudios han revelado que, si el paciente logra controlar su estado de ansiedad, esto se reflejará en el control de la glucosa en sangre, lo cual beneficia su estado de salud, por ejemplo: interés por consumir los medicamentos prescritos, por actividades físicas y una buena alimentación⁹. Asimismo, la OMS, advierte que para el 2030 la depresión será la primera causa de invalidez; actualmente es la segunda causa de discapacidad. Las mujeres son más vulnerables a la depresión que los hombres y en ellas es el primer lugar de invalidez, en contraste, en los hombres representa el quinto lugar. Este grave problema de salud pública, se ha transformado en una prioridad de vigilancia a nivel global¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³.

Cuando una persona es diagnosticada con DMT2, esta experiencia se convierte en el estímulo focal que puede llegar a provocar los síntomas de ansiedad y depresión. Estos cambios emocionales consiguen afectar con una diversidad de consecuencias el estado de salud del individuo, ya que las condiciones emocionales influyen en las conductas que promueven cambios en el estilo de vida, lo que a su vez ocasiona, en términos de Roy, buena o mala adaptación¹¹. En otras palabras, mantener la integridad física y mental del individuo con DMT2 es primordial para mantener una buena adaptación durante el tratamiento.

En este contexto, el objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la presencia de síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y la adaptación psicosocial a la enfermedad, en personas con diagnóstico de DM2 que acuden a una unidad de primer nivel de atención, en Tabasco.

Materiales y Métodos

En este trabajo se seleccionó un estudio de tipo descriptivo correlacional con un diseño transversal. La población accesible estuvo integrada por todas las personas mayores de 20 años, hombres y mujeres con diagnóstico de DMT2 que acudieron, al menos seis meses para su control y tratamiento, a un centro de salud urbano en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. Se utilizó un esquema de muestreo

no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta a las personas entre 20 y 60 años. La recolección de la información se realizó en el periodo Marzo a agosto de 2019.

Para conformar la muestra se atendió a los siguientes criterios: se incluyeron: hombres y mujeres con edad de 20 años en adelante, con diagnóstico de DMT2 de al menos seis meses de duración, sin deterioro grave del estado de ánimo, que supieran leer y escribir. Se excluyeron: mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, personas de 20 años en adelante con DM2 que presentaron alguna discapacidad, visual, auditiva, motora o de lenguaje, personas que presentaron alguna adicción (alcoholismo, antidepresivos, tabaco).

Se realizó una revisión y depuración de los expedientes de pacientes de cada uno de los 12 módulos del turno matutino en la unidad de salud, que cumplieron con los criterios de inclusión. Con apoyo del encargado de Epidemiología de la unidad, se obtuvo la información correspondiente acerca del número de pacientes tratados y diagnosticados, en total 435 personas. De éstos se seleccionaron los que cumplían con los criterios de inclusión, en total 220. Para reclutar a los sujetos se estableció el día que acudiría a la cita de control programada en la agenda médica, a quienes asistieron, se les explicó el objetivo del estudio y se le solicitó su participación voluntaria de forma verbal y escrita mediante el formato de consentimiento informado; de los 220 pacientes seleccionados, sólo 103 acudieron el día de su cita, aceptaron participar y firmaron el consentimiento.

Instrumentos de medición de variables

Se diseñó un cuestionario de datos sociodemográficos para conocer el perfil de los y las participantes que incluía: edad en años, sexo, escolaridad, estado civil (con o sin pareja), número de hijos, ocupación y situación laboral. además de: tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento, apoyo de sus familiares

Para medir la variable síntomas de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad: Estado (IDARE) forma SXE versión en español de “The Scale of State-Trait Anxiety Inventory” (STAI)¹⁴, Solo se trabajó la Ansiedad: Estado. Este inventario contiene 20 reactivos en forma de afirmación; cada respuesta recibe una puntuación que va de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre), el puntaje posible es de 20 a 80 puntos. Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de ansiedad. De acuerdo a las normas del IDARE se clasificaron los síntomas de ansiedad en: baja (20-31 puntos); moderada (32-49 puntos) y alta (50-80). Adicionalmente se realizaron índices de 0 a 100 para facilitar los análisis estadísticos posteriores.

El IDARE posee una confiabilidad de 0.83 a 0.92 en población mexicana de estudiantes de nivel bachillerato y universitarios, también se ha utilizado en pacientes de obstetricia, de medicina general, cirugía y psiquiátricos¹⁵.

Para medir los síntomas depresivos, se utilizó la versión en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos "The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale" (CES-D). La CES-D evalúa la frecuencia y duración de los síntomas depresivos durante la semana anterior a la aplicación. Este instrumento ha sido usado para el estudio de síntomas depresivos en ambientes clínicos y comunitarios¹⁶. Está compuesta de 18 reactivos, con una escala de respuesta tipo likert de cuatro puntos que va de raramente o ninguna vez (0) a la mayor parte del tiempo (3). El puntaje posible es de 0 a 54 puntos. Una puntuación de 16 o mayor es considerada como depresión. Además, se realizaron índices de 0 a 100. Esta escala ha sido utilizada en México en población de adolescentes¹⁷ y en mujeres tiene un coeficiente alpha de Cronbach de 0.84 y 0.92¹⁸.

La variable adaptación psicosocial, se midió con la escala de adaptación psicosocial a la enfermedad auto-reporte versión española de The psychosocial adjustment to illness scale. Self-report (PAIS-SR) desarrollada por Derogatis (1986)¹⁹. Este instrumento mide los modos de función del rol e interdependencia propuestos por la autora del modelo de adaptación, Dra. C. Roy. El PAIS-SR es un instrumento diseñado para cuantificar y evaluar la adaptación Psicosocial de los pacientes a la enfermedad. Contiene 46 reactivos y requiere 20 minutos para su aplicación. Tiene siete secciones y cada una tiene sus ítems: Cuidado de la salud: Orientación general de la salud, trastorno de salud presente, actitud general hacia la medicina y los médicos, actitud hacia el tratamiento actual y los médicos, trastorno de las expectativas del paciente, trastorno de información del paciente, expectativas del paciente-tratamiento e información del paciente-tratamiento. Ambiente Laboral: discapacidad profesional, evaluación del desempeño profesional, tiempo perdido en el trabajo, inversión profesional, metas profesionales, conflictos interpersonales. Ambiente familiar: calidad de las relaciones- cohabitante principal, calidad de las relaciones- convivientes adicionales, discapacidad doméstica, adaptación familiar, comunicación familiar, postura de dependencia, discapacidad física, recurso financiero. Relaciones Sexuales: Calidad de las relaciones interpersonales y sexuales, interés sexual, frecuencia actividad sexual, satisfacción sexual, disfunción sexual, conflicto interpersonal-sexual. Relaciones con la Familia Extensa: comunicación, interés de interacción, dependencia física, dependencia social, calidad de la relación. Ambiente Social: interés de ocio individual, interés de actividad

individual, interés de ocio familiar, interés de actividad familiar, interés de ocio social, interés de actividad social y distrés psicológico: ansiedad, depresión, hostilidad, culpa, preocupación, autoevaluación, distorsión de la imagen corporal. Cada pregunta tiene cuatro niveles de respuesta del inciso "a" = (0 puntos) al inciso "d" = (3 puntos). La puntuación de las preguntas 2, 4, 6 y 8 de cada sección se revierten; el rango total es de 0 a 138 puntos. Las puntuaciones por cada subescala deben ser transformadas a puntuaciones T para cada escala y posteriormente transformarse para obtener la puntuación total del PAIS-SR de acuerdo a la Norma CC del Manual II de Procedimientos para la Administración y Puntuación del PAIS-SR²⁰. Las puntuaciones finales del PAIS-SR son de 30 a 80. Puntuaciones > 62 son considerados niveles clínicos de mala adaptación psicosocial. Bajas puntuaciones denotan mejor adaptación. Este procedimiento se utilizó únicamente para categorizar la mejor o peor adaptación. Para fines de este estudio y guardar el sentido positivo con el resto de las mediciones, se invirtieron los valores de cada reactivo para obtener un índice de 0 a 100 donde a mayor puntaje, mejor adaptación. El coeficiente de confiabilidad para la PAIS-SR es de 0.81 en adultos con diabetes mellitus. Una vez convertidos los instrumentos de SCS y PAIS a una escala de 0 a 100, se promediaron para representar el índice de adaptación psicosocial. Su coeficiente de confiabilidad es de 0.81²¹.

Análisis de datos

El resumen y análisis de los datos se realizó con apoyo del programa estadístico SPSS Ver. 21 (Statistical Package for the Social Science). Se utilizó la estadística descriptiva para la descripción y síntesis de los datos, para determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y adaptación psicosocial. Para la presentación de los resultados se elaboraron tablas y gráficos. El nivel de significancia para todas las pruebas estadísticas fue de 0.05; se utilizó el coeficiente no paramétrico de Spearman para determinar la relación entre las variables principales del estudio.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación, se atendió a lo prescrito en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, el estudio se consideró sin riesgo, se animó la participación voluntaria, respetando el derecho de la persona de retirarse aun cuando hubiera firmado el consentimiento, se guardó el anonimato de los participantes, se solicitó y obtuvo el consentimiento informado. El proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de investigación de nuestra institución

Resultados

Variables sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 103 participantes con un promedio de 40 años de edad (con un rango de 20-81), de los cuales el 51.5 % pertenece al sexo masculino, 59.2% se encuentra casado, con dos hijos en promedio. La escolaridad media fue de 10 años, el 17.5% son profesionistas, 6.8 % se encuentran desempleados y un 33% son empleados. Estos datos se presentan en la (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico de los y las participantes

Variabes	f	%
Sexo		
Mujeres	50	48.5
Hombres	53	51.5
Ocupación		
Trabajo doméstico NR	28	26.9
Albañil	7	6.7
Profesional	18	17.3
Jubilado	3	2.9
Trabajo doméstico R	6	5.8
Empleado (a)	34	32.7
Desempleado	7	6.7
Estado Civil		
Casada (o)	61	58.7
Divorciada(o)	7	6.7
Unión libre	15	14.4
Soltera (o)	12	11.5
Viuda (o)	8	7.7
Edad		
20-35	35	34
36-50	38	36.9
51-65	27	26.2
66-81	3	2.9

Nota: CDS n= 103

Fuente: Elaboración propia.

Variables de investigación

Rasgos de ansiedad y sintomatología depresiva

En este trabajo se reportan datos de rasgos de ansiedad, estado que es un indicador de la ansiedad que presentaban los pacientes en el momento del estudio. Los datos en la tabla 2 evidencian que el 32% de los participantes mostró síntomas de ansiedad moderada y 68% presenta síntomas

de ansiedad baja; ningún participante mostró síntomas de ansiedad alta. También, se observa que el 90.3% mostró síntomas de depresión y tan sólo el 9.7% no mostró síntomas depresivos.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de nivel de ansiedad y depresión por sexo

Variables	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ansiedad						
Ansiedad Baja	33	66.0	37	35.9	70	68.0
Ansiedad Moderada	17	34.0	16	15.5	33	32.0
Depresión						
Sin depresión	3	6.0	7	13.2	10	9.7
Con depresión	47	94.0	46	86.8	93	90.3

Fuente: IDARE, CES-D n= 103

Con respecto a la adaptación psicosocial en la tabla 3, se muestran las dimensiones que mide el PAIS como se aprecia, los participantes no tienen una buena adaptación en las siete dimensiones. Destaca que el 100% de los participantes fueron clasificados en la categoría mala adaptación en las dimensiones ambiente doméstico y relaciones con la familia extensa, y que el 24.3% se clasificó en la categoría de buena adaptación en la dimensión de relaciones sexuales.

Tabla 3. Dimensiones de la escala de adaptación psicosocial a la enfermedad

Dimensiones	Mala adaptación		Buena adaptación	
	f	%	f	%
Ambiente Doméstico	103	100	-	-
Relaciones con la Familia Extensa	103	100	-	-
Orientación del Cuidado a la Salud	101	98.1	2	1.9
Ambiente Laboral	97	94.2	6	5.8
Ambiente Social	88	85.4	15	14.6
Distrés Psicológico	82	79.6	21	20.4
Relaciones Sexuales	78	75.7	25	24.3

Fuente: Escala de adaptación psicosocial a la enfermedad (PAIS-SR)

Con respecto a los síntomas de depresión, en la tabla 4 se presentan afirmaciones que obtuvieron altos puntajes: las personas sentían que no podían quitarse la tristeza aun con ayuda de la familia (56.3%), se molestan por cosas que usualmente no les molestaban (64.1%), piensan que su vida ha sido un fracaso (52.4 %) y el 59.0% se sentían deprimidos(as) a pesar de contar con el apoyo de familiares.

Tabla 4. Afirmaciones de puntajes altos de depresión

Ítems	Raramente o ninguna vez (menos de 1 día)	
	f	%
Sentía que no podía quitarme la tristeza aún con la ayuda de mi familia	66.0	56.3
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	58.0	64.1
Pensé que mi vida había sido un fracaso	57.3	52.4
Me sentía deprimido(a)	54.0	59.0

Fuente: CES-D n= 103

Adicionalmente se realizó un análisis de correlación de los síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y el índice de adaptación psicosocial con el coeficiente de correlación de Spearman. En la tabla 5, se observa una relación positiva significativa entre ansiedad y depresión (rs=0.490, p<0.001) lo que indica que entre mayor sea el nivel de la ansiedad, habrá síntomas de depresión o entre menor sea el

nivel de la ansiedad habrá menos síntomas de depresión. Se encontró una correlación negativa significativa entre ansiedad y cuidado de la salud (-0.357, p<0.001), lo cual indica que entre mayor sea el nivel de ansiedad habrá mala adaptación. Se obtuvo una correlación negativa significativa (-0.642, p<0.001) entre ansiedad y ambiente laboral, es decir entre mayor sea el nivel de síntomas de ansiedad habrá mala adaptación. Se encontró una correlación negativa significativa entre síntomas depresivos y ambiente laboral (-0.530, p<0.001) lo que indica que si hay síntomas de depresión, habrá mala adaptación. Se encontró una correlación negativa significativa (-0.486, p< 0.001) entre la depresión y el cuidado a la salud, lo que indica que si hay síntomas de depresión habrá mala adaptación en el ambiente laboral. También, se encontró una correlación negativa significativa entre depresión y relaciones sexuales (-0.407, p<0.001) lo que indica que si hay síntomas de depresión la libido es menor.

También se analizó la relación entre los años de padecer la enfermedad y los síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y adaptación psicosocial encontrándose correlaciones significativas entre estas, como se detalla a continuación: los años con la enfermedad correlaciona positivamente con los síntomas de ansiedad (rs= 0.302, p< 0.001), y también, correlaciona positivamente con los síntomas de depresión (rs=0.308, p< 0.001), pero correlaciona negativamente con la adaptación psicosocial (rs= -0.430, p< 0.001). Esto quiere decir que las personas de más años con la enfermedad son más ansiosas y más

Tabla 5. Matriz de correlación de Spearman de las variables de estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Años con la enfermedad	1									
2. Rasgos de Ansiedad	.302**	1								
3. síntomas Depresivos	.308**	.490**	1							
4. Cuidado de la Salud	-.218*	-.357**	-.486**	1						
5. Ambiente laboral	-.406**	-.642**	-.530**	.538**	1					
6. Ambiente familiar	-.451**	-.633**	-.529**	.506**	.827**	1				
7. Relaciones sexuales	-.455**	-.425**	-.407**	.407**	.735**	.780**	1			
8. Relaciones con la familia extensa	-.208*	-.312**	-.425**	.376**	.524**	.501**	.531**	1		
9. Ambiente social	-.376**	-.466**	-.512**	.438**	.715**	.705**	.683	.555**	1	
10. Distrés psicológico	-.243*	-.508**	-.378**	.478**	.645**	.660**	.484**	.473**	.575**	1
11. Índice PAIS	-.430**	-.605**	-.513**	.594**	.890**	.895**	.841**	.650**	.823**	.787**

Fuente: Elaboración propia.

depresivas, que las personas con menor número de años con diabetes; asimismo entre más años con la enfermedad tengan, su nivel de adaptación psicosocial es menor.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la relación de los rasgos de ansiedad, síntomas depresivos y la adaptación psicosocial a la enfermedad, en personas que viven con diabetes mellitus.

Un primer resultado es que en esta muestra los varones superan a su contraparte mujeres, aunque la diferencia es mínima.

Los resultados en relación a los rasgos de ansiedad, mostraron que éstos se presentaron de leve a moderada intensidad, este resultado tal vez pueda explicarse porque las personas participantes en el estudio, tienen en promedio 10 años viviendo con el padecimiento, asimismo, que están llevando su control en la unidad de salud, acudiendo a sus citas con relativa periodicidad. En contraste, los resultados relacionados con la sintomatología depresiva, mostraron una alta prevalencia de ésta condición. Estos resultados son importantes dado que los síntomas depresivos en pacientes con diabetes, se asocian con una menor adherencia al tratamiento médico y más dificultades para cumplir con las instrucciones de autocuidado, en comparación con los pacientes con diabetes sola⁴⁻¹³.

Resultados similares fueron reportados por Olvera y cols²². En su estudio con mexicoamericanos diagnosticados con diabetes y no diagnosticados, los sujetos con diabetes diagnosticada tenían más probabilidades de cumplir con la puntuación de corte de CES-D para la depresión en comparación con los grupos sin diabetes y diabetes no diagnosticada; de acuerdo con los autores, esto sugiere que el “saber que uno está enfermo” está asociado con síntomas depresivos en personas que viven con DM, como fue el caso de los participantes en este estudio. Estos hallazgos, deberían ser considerados por los profesionales de la salud y en particular por las y los enfermeros, puesto que, al parecer, mientras la persona no tengan conocimiento de su condición médica, los síntomas depresivos, podrían estar ausentes y desencadenarse una vez establecido el diagnóstico de la enfermedad.

En términos del modelo de adaptación, lo expuesto implica un proceso de acomodación o ajuste a la enfermedad que requiere el acompañamiento de los profesionales del cuidado de la salud, así como de la familia. Así lo muestra también el estudio de Gupta y cols²³ quienes señalan que el apoyo de la familia y el cónyuge / pareja es beneficioso para mejorar la adherencia a las intervenciones de estilo de

vida y la farmacoterapia, necesarias para lograr un control glucémico óptimo y evitar las complicaciones asociadas.

Con respecto a los resultados de la escala de ajuste psicosocial a la enfermedad, los participantes no mostraron una buena adaptación en ninguna de las siete dimensiones, pero hay tres que resultaron más comprometidas, como son el ambiente doméstico, orientación al cuidado de la salud y relaciones con la familia extensa, todos afectan el estado de ánimo y el humor. Estos resultados son similares a los obtenidos por Türten²⁴ en su estudio con pacientes que viven con diabetes, aunque el ajuste fue moderado, la subescala de orientación al cuidado de la salud fue la de menor ajuste. En este sentido, es probable que la mala adaptación en orientación al cuidado médico guarde relación con la serie de cambios que la persona con diabetes debe realizar como parte de su tratamiento, asimismo con el consumo de medicamentos o inyecciones de insulina y/o el monitoreo de la glucosa⁽²⁴⁾. Por otro lado, no está a discusión la importancia del apoyo familiar para el logro de las metas del tratamiento de la enfermedad, en consecuencia, resulta preocupante que en esta muestra se documente mala adaptación al ambiente doméstico y las relaciones con la familia extensa. Coincidimos con lo señalado por De Witt y cols²⁵. “El contexto social de las personas con diabetes ha demostrado ser de gran importancia para los resultados relacionados con la diabetes, incluido el control, la calidad de vida y los niveles de HbA1C y otros resultados emocionales, conductuales y clínicos”

En relación a la correlación entre variables, aunque se encontraron relaciones significativas entre los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión, no se puede hablar de causalidad, pero si es un antecedente lógico importante que debería ser considerado por una investigación con alcance explicativo. Con respecto a la relación directa que podrían tener los síntomas de ansiedad con los factores de la adaptación psicosocial, hay que señalar que, aunque se supondría una influencia directa de esta en la adaptación, no se está hablando propiamente de causalidad. Sin embargo, un estudio de alcance explicativo puede dar luz a esta relación. Con respecto a la depresión y la adaptación psicosocial los resultados sugieren la existencia de relaciones, No obstante, hay que tomar estos resultados con cautela, debido a que, aunque las correlaciones son significativas, no se puede argumentar que una sea la causa de la otra.

Conclusiones

Las y los participantes en este estudio mostraron rasgos de baja a moderada ansiedad, en contraste con los síntomas depresivos que mostraron una alta proporción. Los resultados de la escala de adaptación, revelaron mala

adaptación en todas las dimensiones y sólo una cuarta parte mostró una mejor adaptación en la variable relaciones sexuales. Se encontró una relación positiva significativa entre ansiedad y depresión. Se identificó una relación negativa significativa entre ansiedad y cuidado de la salud; entre ansiedad y ambiente laboral y entre síntomas depresivos, ambiente laboral; entre depresión y cuidado de la salud; entre depresión y relaciones sexuales

Por otro lado, los años con la enfermedad correlaciona positivamente con los síntomas de ansiedad y síntomas de depresión, pero negativamente con la adaptación psicosocial. Esto sugiere que las personas de más años con la enfermedad son más ansiosas y más depresivas, que las personas con menor número de años con diabetes; asimismo entre más años con la enfermedad, es probable que el nivel de adaptación psicosocial sea menor.

Estos resultados son importantes para los proveedores de cuidado de la salud, y en particular para las enfermeras, dado que, en términos del modelo de adaptación, la persona como sistema adaptativo, requiere del acompañamiento profesional para lograr esa meta, cuando su nivel de adaptación se encuentra comprometido por problemas de salud. Este acompañamiento puede ser: educación en diabetes, orientación dietética y nutricional, realización de ejercicio previa valoración de su estado de salud, e involucrar a la familia y pareja en estos cambios en el modo de vida, a fin de evitar o retrasar la aparición de complicaciones y/o muerte prematura.

De igual forma, se sugiere el monitoreo del ajuste psicosocial, a fin de identificar las barreras para alcanzar las metas del tratamiento.

Agradecimientos

Por último, los autores desean expresar su agradecimiento a las personas que participaron en este estudio y a las autoridades de la unidad de salud, por el apoyo brindado para llevarlo a cabo.

Referencias

1. Diario Oficial de la Federación. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes Mellitus. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018

2. Federación Internacional De Diabetes. FID. Atlas de Diabetes 8ª. Edición 2017. Disponible en : <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>

3. Instituto Nacional De Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Disponible en : https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

4. Constantino- Cerna, A.; Bocanegra-Malca, M.; León-Jiménez, F.; Díaz- Vélez, C. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. Rev. Médica Herediana. 2014. 24 (4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338034009003>

5. Federación Mexicana De Diabetes. FMD. Infografía: Adaptación Psicosocial. 2017. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/adaptacion-psicosocial/>

6. Farroñan- Santamaría, P.E.; Vidarte- Acuña, D, L.. Proceso de adaptación, según modelo de Roy en pacientes adultos con diabetes mellitus II en un hospital de Chiclayo, 2014 (Tesis doctoral, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo). Recuperado de: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/47/BC-TES3664.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Roy Callista S.&Heather A. Andrews. Roy Adaptation Model. 3rd Edition. Pearson Education. USA, 2009

8. Rivas -Acuña V. Influencia de la preocupación, ansiedad y depresión en la diabetes mellitus tipo 2. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; 2006. Disponible: <http://eprints.uanl.mx/1749/1/1020154543.PDF>

9. Rivas -Acuña, V.; García- Barjau, H.; Cruz- León, A.; Morales- Ramón, F.; Enríquez- Martínez, R, M.; Román-Álvarez, J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Salud En Tabasco. [Internet]. 2011. 17 (1y2). [Citado el 5 de nov. 19]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>

10. Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada. CNEMI (2017). Recuperado de: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/31/Depresi%C3%B3n-en-personas-que-viven-con-Diabetes-Mellitus>

11. Velasco- Guzmán, B. J; Brena -Ramos, V, M. Diabetes mellitus tipo 2: epidemiología y emergencia en salud. Salud y administración. [Internet]. 2014. [Citado el 2 de Feb. 19]. Recuperado de: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A2_Diabetes_Mellitus.pdf

12. Federación Internacional De Diabetes. Atlas de Diabetes 8ª Edición. 2017. Recuperado de: <http://fndiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>
13. Martínez-Hernández F., Tovilla-Zarate C.A., López-Narváez L., Juárez- Rojob I. E., Jiménez- Santos M.A., González-Gutiérrez C.P., Pool-García S . 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*. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_101-106.pdf
14. Spielberg, C. D.; Díaz-Guerrero, R. IDARE: Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado [IDARE: inventory of anxiety]. México City, México: El Manual Moderno, 2002.
15. Silva C., Hernández-Medina A, Jiménez-Cruz BE y Alvarado N. Revisión de la estructura interna de la sub-escala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y Salud*, 2016. Vol. 26, Núm. 2: 253-262, <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2201/3937>
16. Clark, Cinda H., et al. Screening for depression in a hepatitis C population: the reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol. 40, no 3, p. 361-369. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02378.x>
17. Aguilera-Guzmán, Rosa María; García, María Silvia Carreño; GARCÍA, Francisco Juárez. Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud mental*, 2004, vol. 27, no 6, p. 57-66.
18. Salgado, V. Nelly; Maldonado, Margarita. Características psicométricas de la escala de depresión en el Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 1994, vol. 36, no 2, p. 200-209
19. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res*. 1986;30(1):77-91. doi: 10.1016/0022-3999(86)90069-3.
20. Derogatis LR, & Derogatis MF. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS & PAIS-SR): Administration, scoring and procedures manual –II. Maryland: Clinical Psychometric Research Inc, 1990.
21. Sousa, V. D., Zanetti, M. L., Zauszniewski, J. A., Mendes, I. A., & Daguano, M. O. Psychometric properties of the Portuguese version of the Depressive Cognition Scale in Brazilian adults with diabetes mellitus. 2008. *Journal of Nursing Measurement*, 16(2), 125–135. DOI: 10.1891/1061-3749.16.2.125
22. Olvera RL, Fisher-Hoch SP, Williamson DE, Vatcheva KP, McCormick JB. Depresión en mexicoamericanos con diabetes diagnosticada y no diagnosticada. *PsycholMed*. 2016; 46 (3): 637-46. doi: 10.1017 / S0033291715002160.
23. Gupta, Lovely et al. “Factors Determining the Success of Therapeutic Lifestyle Interventions in Diabetes - Role of Partner and Family Support.” *European endocrinology* vol. 15,1 (2019): 18-24. doi:10.17925/EE.2019.15.1.18
24. TürtenKaymaz, T., & Akdemir, N. Psychosocial Adjustment of Diabetic Patients To Their Disease. 2016. *Journal of Psychiatric Nursing/ PsikiyatriHemsireleriDernegi*, 7(2). Doi: 10.5505/phd.2016.50251
25. DE WIT, Maartje, et al. State of the art: understanding and integration of the social context in diabetes care. *Diabetic Medicine*, 2020, vol. 37, no 3, p. 473-482.