



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA



FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CARAZO
FAREM-CARAZO

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE GRADUACION

TEMA GENERAL DE INVESTIGACION

“Problemas psicológicos presentes en algunas instituciones estatales del
departamento de Carazo”

SUB-TEMA DE INVESTIGACION:

“Incidencia de depresión en pacientes diabéticos hospitalizados en salas de
mujeres y varones del Hospital Regional Santiago de Jinotepe del
Departamento de Carazo en el segundo semestre del año 2012”

AUTOR

➤ Br. María Gabriela Chávez Acevedo.

TUTOR:

Lic. Marisela Gutiérrez Rodríguez

ASESOR:

Msc. Juanita Rodríguez

Jinotepe, 12 de diciembre de 2012

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

Incidencia de depresión en pacientes diabéticos hospitalizados en salas de mujeres y varones del Hospital Regional Santiago de Jinotepe del Departamento de Carazo en el segundo semestre del año 2012.

Dedicatoria

A Dios por guiarme siempre y en todo momento

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy;

Mis padres por ser los seres que con su amor me ayudaron a lo largo del camino a crecer, quienes han llenado mi vida de valores y amor.

Mis hermanos por apoyarme y aconsejarme siempre en mis decisiones.

A mi abuelita, Emma Toledo, quien con sus oraciones y ruegos ha sido la fortaleza de mi familia.

Agradecimiento

Agradezco especialmente a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado; la culminación de mi formación profesional porque con su fortaleza me permitió escalar este peldaño.

A mi mejor amigo; Mario, no tengo nada más que decirte que mil gracias por tu apoyo incondicional.

A la Licenciada Marisela Gutiérrez Rodríguez, mi tutora; por su esfuerzo, dedicación y apoyo durante todo momento en la culminación de esta etapa tan importante, gracias por compartir sus conocimientos y por darme la oportunidad de conocer un verdadero maestro.

Agradezco también a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Para ellos, muchas gracias.

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación realizado en la asignatura de seminario de graduación como requisito para optar al título de Licenciatura en Psicología es una investigación transeccional de tipo exploratorio que consistió en conocer la Incidencia de depresión en pacientes diabéticos hospitalizados en salas de mujeres y varones del Hospital Regional Santiago de Jinotepe del Departamento de Carazo en el segundo semestre del año 2012.

Dentro de los problemas de tipo psicológico que el paciente diabético presenta con frecuencia se señala la depresión, el cual también es un problema a nivel hospitalario que el personal médico y de enfermería muchas veces no identifican, pasando desapercibida, comúnmente confunden la sintomatología y lo atribuyen a la enfermedad de base, en este caso la diabetes mellitus .

La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos hospitalizados del Hospital Regional Santiago de Jinotepe fue de un 85% con predominio de gravedad en ambos sexos.

En base a los resultados obtenidos se concluye que la depresión en el paciente diabético hospitalizado existe, es por eso que a estos se les deberá brindar una atención integral y un servicio especializado que trate no solo las afecciones de salud física sino también las psicológicas.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe con la finalidad de conocer la relación que guardan los trastornos del estado de ánimo, en este caso la depresión, con los pacientes diabéticos, que en la mayoría de casos se considera, estos síntomas depresivos no son detectados oportunamente por el médico tratante.

Esta investigación está estructurada de tal manera que se destaca una breve información referente al tema de estudio, una justificación que señala la importancia del mismo en cuanto a la atención hospitalaria que el paciente diabético debe de recibir, los objetivos que guiaron al cumplimiento del proceso investigativo, el marco contextual describe el lugar donde se llevó a cabo la investigación y el marco teórico sustenta teóricamente las variables a investigar. El diseño metodológico define el enfoque, la muestra, los métodos de recolección de datos, el alcance y la profundidad de la información. Se incluye también el análisis de resultados del proceso investigativo, las conclusiones del mismo dando respuestas a los objetivos propuesto y finalmente recomendaciones según los resultados obtenidos en la investigación, incluyendo un propuestas de alternativas que podrían ser utilizadas en la institución para el tratamiento global del paciente diabético.

Partiendo de las grandes cifras que suben cada vez mas de personas diagnosticadas con diabetes y considerando que la depresión se ha vuelto un problema de salud pública, actualmente, existen grupos de investigación acerca de la depresión en pacientes crónicos, en el caso particular de este estudio se desea conocer la incidencia de la misma en un grupo más específico: el de pacientes diabéticos hospitalizados.

Los trastornos del estado de ánimo, en este caso, la depresión, están relacionados con microlesiones neurovasculares secundarias causadas por los trastornos del metabolismo de la diabetes, como la elevación del colesterol, triglicéridos y el daño vascular presente a lo largo de su padecimiento. Y por último pero no menos importante se debe considerar que los pacientes

diabéticos tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud más que cualquier otra persona y para esto debe realizar grandes cambios en su estilo de vida cotidiano.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el área de consulta externa se encuentra ubicada la clínica No. 3 correspondiente al área de Psicología. La encargada de brindar atención psicológica es la Lic. Heydi Escorcia. Esta área tiene entre otras funciones, la de atender interconsultas de otras especialidades de la medicina, con el objetivo de brindar apoyo u orientación psicológica a los pacientes con cualquier enfermedad física que afecte su estado psíquico y social o viceversa, procurando mejorar su calidad de vida y contribuyendo a que los pacientes alcancen un estado de bienestar físico, psicológico y social.

Sin embargo se encontró la existencia de pocas solicitudes de interconsultas entre las diferentes especialidades médicas a psicología incluyendo Medicina Interna, lo que nos indica que a los pacientes diabéticos, que asisten tanto a la consulta médica externa como los que se encuentran hospitalizados no reciben atención psicológica a pesar de su condición.

Es debido a todo lo descrito anteriormente que se presenta el interés por la realización de la investigación pues los pacientes diabéticos tienden a presentar depresión por los múltiples cambios que deben hacer en sus estilos de vida a causa de la enfermedad que padecen y generalmente la situación empeora cuando se presentan continuas hospitalizaciones y se debe recordar que estamos en presencia de una persona que sufre una enfermedad de larga evolución, difícilmente asintomática, con múltiples cuadros clínicos, donde la mejoría puede ser lenta y en muchos casos sólo pasajera.

Es debido a esto que se realiza la siguiente pregunta:

¿Cómo incide la depresión en pacientes diabéticos hospitalizados en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe?

III. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo fue realizado en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, durante el desarrollo de las asignaturas prácticas de profesionalización y seminario de graduación, ambas requisitos en el plan de estudio de 1999 para optar al título de Licenciatura en Psicología.

El Hospital Regional Santiago a pesar de ser considerado como uno de los centros hospitalarios de mayor referencia a nivel departamental, desafortunadamente hasta la actualidad no cuenta con un programa que integre de manera funcional los servicios de atención médica general con los de psicología o salud mental, de ello surge la necesidad de llevar a cabo esta investigación con la que se pretendió en primer lugar dar a conocer la incidencia de la depresión en pacientes diabéticos de dicho centro, esto con el objetivo de identificar los daños psicológicos que surgen en este padecimiento y la necesidad de que sean atendidos no sólo físicamente sino emocional y psicológicamente.

Este estudio pretendió motivar al personal médico y de enfermería a hacer uso del servicio de psicología para abordar de manera más integral la salud de los pacientes, pues durante la estadía en este centro hospitalario, se observó la poca atención psicológica que el paciente hospitalizado recibe, lo cual creemos puede ser producto de la falta de atención que el médico y demás personal tratante brindan a la salud mental como parte de la recuperación del sujeto. A esto podemos agregar que el área competente tampoco cuenta con un programa de acción que ayude a dar solución al problema, por lo cual se pretendió brindar propuestas que ayuden a mejorar la calidad de atención psicológica a los pacientes y de manera especial a pacientes diabéticos durante su hospitalización; incidiendo de esta manera en una recuperación más óptima.

Finalmente a nivel social estaremos aportando beneficios tanto al Hospital Regional Santiago, como a la población que ahí se atiende. A los primeros mejorando la calidad de la atención hospitalaria, y a los últimos, quienes serían los beneficiarios directos, brindándoles la oportunidad de ver

mejorada su calidad de vida a partir de una atención más integral a través de la propuesta de un Plan de atención exclusivo para el paciente diabético que asiste a la consulta en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

IV. ANTECEDENTES

Según Rodríguez (2011) “cerca de 285 millones de personas en todo el mundo padecen diabetes. Es el trastorno endocrino más frecuente y se calcula que en el año 2030 afectará a más de 435 millones de individuos, según datos del Atlas de la Federación Internacional de Diabetes”. Pero este escenario se torna más complicado: diversos estudios revelan que hay una correlación entre este trastorno y la salud mental.

De acuerdo al trabajo realizado por Rodríguez (2011) se determinan nuevas cifras, “el 20% de los diabéticos padecen también depresión y desarrollar esta última enfermedad duplica el riesgo de sufrir diabetes”.

El mismo autor hace referencia que “en los últimos años se han realizado numerosos estudios sobre la correlación entre diabetes y depresión. Según un trabajo de la Escuela de Salud Pública de Harvard, en Boston (EE.UU.), que se publica en la revista "Archives of Internal Medicine", la diabetes parece asociarse con un mayor riesgo de sufrir este trastorno mental. A su vez, este aumentaría la probabilidad de sufrir diabetes”.

Rodríguez (2011) hace referencia a un estudio de Antonio Lobo cuyos resultados demuestran que las personas que sufren este trastorno endocrino tienen más riesgo de padecer depresión, Casi una de cada cinco personas que desarrollan diabetes sufre a la vez depresión, precisa. Debe quedar claro, sin embargo, que el hecho de que haya un riesgo más elevado no debe interpretarse como que todos o casi todos los diabéticos la sufrirán”

Según Aguayo y Isabe (2007) la depresión es común entre los pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes, la presencia de depresión, en estos pacientes radica, en la mala calidad de vida de los mismos, y la mala convivencia con sus respectivas enfermedades.

Generalmente este tipo de pacientes tienen que cambiar su forma de vida. Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten frustrados porque sus expectativas de llevar una vida normal han desaparecido casi súbitamente. Muy comúnmente se sienten sobrepasados e impotentes ante su situación; reduciéndose significativamente su autoestima, sus relaciones familiares y sociales se modifican profundamente a causa de su enfermedad.

En el caso exclusivo de los pacientes crónicos diabéticos se demostró mediante un estudio realizado en México sobre Depresión en el paciente diabético hospitalizados (1999) tuvo como objetivo determinar el grado de depresión y valorar su prevalencia en diabéticos dentro de su servicio de medicina interna. Obteniendo como resultados que la depresión moderada a notable es frecuente en mujeres diabéticas. En 76.6 por ciento del grupo de diabetes se encontró algún tipo de depresión. Este estudio concluyó que la depresión en el paciente diabético, mencionada en estudios previos, se ha relacionado con diversos tipos de complicaciones, lo que forma un círculo vicioso entre la enfermedad por sí misma, sus complicaciones y la depresión.

Ni a nivel centroamericano ni en nuestro país existen registros previos de estudios de este tipo.

En el Hospital Regional Santiago de Jinotepe tampoco se han realizado hasta la fecha estudios de esta clase que nos ayuden a comprobar la relación de la depresión con las enfermedades crónicas como lo es la diabetes, por lo tanto este estudio podría considerarse una base para investigaciones futuras.

V. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Analizar la incidencia de la depresión en pacientes diabéticos hospitalizados de salas de mujeres y varones del Hospital Regional Santiago de Jinotepe del departamento de Carazo en el segundo semestre del año 2012.

b. Objetivos específicos

- Identificar pacientes diabéticos que presenten depresión durante su hospitalización.
- Conocer los factores que influyen en la depresión de los pacientes diabéticos durante su hospitalización.
- Proponer un plan de atención psicológica a pacientes hospitalizados con diabetes.

VI. MARCO CONTEXTUAL

El Hospital Santiago, como antiguamente se llamaba, obtiene su nombre por la veneración que el pueblo jinotepino tiene por la imagen del Patrón Santiago, como popularmente se le conoce.

Fue fundado en el año 1910 por el Sacerdote Francisco Ortega de Soria, además un grupo de honorables médicos como el Dr. Gilberto Arévalo, el Dr. Agustín Sánchez Vigil, Víctor Manuel Román y Reyes, creando el centro netamente de beneficencia.

Siendo su primera directora la Srita. Paula Luna, luego apoyadas por un grupo de altruistas Jinotepinos como el Señor Carlos Morice y el Señor Francisco Zuniga, formando la junta de beneficencia local y deciden poner la administración del centro al frente de las hermanas de la caridad la Congregación Josefinas hasta 1969.

Al reunirse la Junta de beneficencia en conjunto con la familia Román, deciden hacer coordinación con la Junta Nacional de Asistencia y Prevención Social para coordinar la construcción de un nuevo hospital en vista de que la población iba creciendo y el viejo Hospital Santiago no tenía capacidad para atender la demanda, se adquiere el terreno ubicado en la parte sureste de la ciudad de Jinotepe, donde antes era la hacienda “La Guinea” de la familia Román Arana en 1970 se construye en nuevo hospital, el cual esperaba para la inauguración y equipamiento completo para la emergencia provocada por el terremoto de 1972 del 22 de diciembre en Managua, es ocupado de emergencia para dar atención a los heridos que venían de la capital, su directos en ese momento fue el Dr. David López Rodríguez.

Desde 1972 hasta la fecha han pasado 21 directores. En la actualidad el director es el Dr. Franklin Cordero quien tiene este puesto desde hace 5 años.

El Hospital Regional Santiago cuenta con una buena y completa infraestructura que abarca, entre oficinas administrativas y otros espacios, una Sala de Emergencias, sala de Consulta Externa y Salas de hospitalizados (Ver anexo No. 1) en la cual se da atención medica a las siguientes especialidades:

Medicina interna, Cirugía general, Cirugía plástica, Pediatría, Ginecoobstetricia, Urología, Dermatología, Ortopedia, Maxilofacial y Fisiatría.

Este Hospital cuenta con un personal 478 trabajadores, entre ellos; personal administrativo, médico y de enfermería. Por ser considerado un Hospital escuela también acoge a 31 médicos internos.

a. Misión

El Hospital Regional Santiago de Jinotepe es un hospital público que brinda servicios de emergencia las 24 horas del día, hospitalización y consulta externa en las cuatro especialidades básicas; gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina, a la población de Departamento de Carazo con calidad, humanismo, ética, priorizando la población vulnerable y sin capacidad de pago a través de un personal altamente calificado y con alto espíritu de servicio.

b. Visión

El Hospital Regional Santiago de Jinotepe será siempre un hospital que estará en constante modernización, con capacidad de desarrollar gestiones más eficientes, con tecnología adecuada, en coordinación con la sociedad civil y organismos de colaboración, con alta capacidad docente investigativo y asistencial, garantizando humanismo y calidad a la prestación de servicios a los usuarios.

c. Área de influencia

El Hospital Santiago se encuentra emplazado en la ciudad de Jinotepe cabecera del departamento, se asienta sobre una planicie casi absoluta con leve inclinación hacia el sureste, posee un clima semi húmedo (sabana tropical) con una temperatura promedio de 25° a lo largo del año y una precipitación entre 1,400 y 1,800 mm anuales.

El área de influencia del Hospital Santiago corresponde a la zona de SILAIS Carazo, ubicado en la sub Región del Pacífico sur. El territorio se encuentra comprendido entre el istmo de Rivas y el Departamento de Managua, lo cual le brinda una posición importante de enlace con los demás

departamentos del litoral pacífico. Está conformado por 8 municipios: la cabecera departamental; Jinotepe, San Marcos, Diriamba, Dolores, El Rosario, La Paz de Carazo, Santa Teresa y La Conquista, en total cuenta con una extensión territorial de 981.5 kilómetros cuadrados.

d. Problemática

El Hospital Regional Santiago de Jinotepe, además de atender a su población de influencia (departamento de Carazo), atiende a la población de los municipios de otros departamentos aledaños como La Concepción, Nandaime, El Crucero, Masatepe, San Rafael del Sur entre otros, así como pacientes provenientes del primer nivel de atención que son atendidos en el hospital; lo cual ha representado un incremento sustancial anual de los gastos operativos, teniéndose que buscar diferentes alternativas para cubrir la brecha presupuestaria que esta situación impone lo que a su vez se dificulta mas debido a la disminución del presupuesto asignado anualmente.

e. Análisis FODA

Tomado de un estudio realizado por el personal administrativo del Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el año 2005.

i. Fortalezas

1. Buena capacidad de gestión del equipo de dirección.
2. Personal dispuesto a satisfacer la demanda con calidad.
3. Existencia de un comité de calidad.
4. Buena coordinación entre el departamento de enfermería y los servicios de internamiento.
5. Adecuada organización del personal de enfermería.
6. Existencia de normas de enfermería.
7. Realización de educación continua del personal
8. Personal médico y enfermería con buena capacidad técnica, capacitado y experimentado.
9. Existencia del servicio diferenciado.
10. Existencia de plan para enfrentamiento de desastres.
11. Existencia de normas y funciones del departamento de trabajo social.

12. Centro acreditado para la formación de médicos internos.
13. Centro hospital acreditado como amigo de la madre y la niñez.
14. No se hace rechazo a la demanda.

ii. Oportunidades

1. Consejo consultivo activo y funcional.
2. Asistencia técnica, equipamiento y capacitación por parte de hospitales extranjeros.
3. Coordinación entre la Cruz Roja y el Hospital.
4. Demanda de servicio diferenciado.
5. Favorable accesibilidad de la población.
6. Buena coordinación con la sociedad civil.
7. Buena coordinación con el segundo nivel de atención del Ministerio de Salud.
8. Ser hospital tutelado por el Programa de modernización del sector salud.
9. Capacitación general por Programa de modernización del sector salud.
10. Obtención de becas.
11. Buena organización con Organismos del gobierno y Organismos no gubernamentales.

iii. Debilidades

1. Falta de capacitación del MAIS.
2. Jefes de servicio sin capacitación general.
3. Desmotivación del personal.
4. Alto números de reposos del personal.
5. Falta de métodos de evaluación al desempeño del personal (exceptuando enfermería).
6. No existe plan de motivación y reconocimiento al desempeño.
7. Cultura organizacional no orientada al paciente.
8. Equipos médicos y no médicos en mal estado.
9. Falta de plan de mantenimiento correctivo y preventivo a la infraestructura, equipos y maquinaria.

10. Insuficiente capacidad de almacenamiento de insumos médicos y no médicos.
11. Inadecuado flujo de ruta crítica.
12. Sistema de seguridad deficiente.
13. Falta de sistema de almacenamiento y distribución de agua potable alterna.
14. Falta de coordinación entre los diferentes servicios y departamentos clínicos y no clínicos.
15. Sistema de información no automatizado.
16. Mala coordinación con el primer nivel de atención.
17. Falta de área de aislamiento.
18. No existe un banco de proyectos.
19. Falta de plan estratégico.
20. No existen planes operativos.
21. No se realizan evaluaciones sistemáticas de la productividad y calidad de la atención en los servicios y/o departamentos.
22. No se aplican protocolos clínicos en los servicios, ni se monitorea su aplicación.
23. No se monitorea la calidad del llenado de expedientes clínicos en cada servicio.
24. Área de biblioteca sin condiciones para su funcionamiento adecuado.

iv. Amenazas

1. Presupuesto insuficiente para el buen desempeño del hospital.
2. Demanda de atención por la población de otros Sistemas locales de atención integral a la salud (SILAIS).
3. Clínicas privadas con mayor capacidad tecnológica.
4. Atención deficiente en el primer nivel de atención.
5. Centralización de los recursos humanos.
6. Rechazo de pacientes por parte de otros centros.
7. Insumos médicos de mala calidad.
8. Inadecuado abastecimiento de insumos médicos.
9. Bajos salarios y no competitivos con el sector privado.

10. Inasistencia de algunos pacientes citados a la Consulta Externa.
11. Alto índice de desempleo de la población.
12. Bajo nivel de educación en salud de la población.
13. Demandas medico legales de la población por insatisfacción con la atención brindada.

VII. MARCO TEÓRICO

7.1 Depresión

El término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz (Irwin, 2006, pág. 341).

La depresión (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque éste es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

7.1.1. Historia de la depresión

La depresión es conocida en sus inicios con el nombre de *melancolía* (del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis"), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates,

aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la Controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

7.1.2. Origen

Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos. También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo o incluso el consumo de determinadas sustancias y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología.

Neurobiología de la depresión

Para comprender de forma adecuada la fisiopatología de los trastornos del humor, debemos tener una visión global que abarque los distintos niveles fisiopatológicos de la enfermedad. Los niveles implicados van desde las alteraciones moleculares, pasando por la desregulación de la neurotransmisión, neuroendocrinológica y neuroinmune, hasta las manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de la enfermedad. Estos diferentes niveles

neurofisiológicos interactúan y conforman un complejo sistema que permitiría explicar de una forma integral la fisiopatología de los trastornos afectivos (Anastasio, 2006).

Alteraciones en la expresión génica intervienen en la neurobiología molecular de los trastornos afectivos, a este nivel se describen alteraciones de funcionamiento de algunas proteínas, que determinan los mecanismos celulares y que producen alteraciones en el neurotrofismo y la neuroplasticidad de determinadas poblaciones celulares, tanto neuronales como gliales. Con las nuevas técnicas de neuroimagen se han localizado estas poblaciones, postulándose que la alteración de los diferentes circuitos neuronales podrían causar la sintomatología de los trastornos afectivos.

Los síntomas de la enfermedad depresiva son la última expresión de las alteraciones que se producen en los distintos niveles fisiopatológicos causantes de la depresión, expresan la alteración de varias funciones psicológicas como, la afectividad (tristeza), la cognición (desesperanza), la psicomotricidad (inhibición) y la conducta (hipoactividad). Las nuevas técnicas de neuroimagen (tomografía de emisión de positrones PET), que permiten visualizar la activación de determinadas áreas cerebrales cuando al sujeto se le somete a tareas o estímulos estipulados, han aportado gran información sobre este tema.

Algunas de las áreas involucradas en la afectividad humana que están relacionadas con los trastornos depresivos son el córtex prefrontal, el núcleo estriado, la amígdala y el hipotálamo; se cree que el neocórtex y el hipocampo están involucrados en los aspectos cognitivos de la depresión, es decir, en las ideas o sentimientos de culpa, de falta de autoestima, de desesperanza y autolíticas y en las alteraciones de memoria, lo cual se relaciona con el aumento significativo del riesgo de depresiones en pacientes con antecedentes de lesiones tumorales o vasculares a nivel del lóbulo frontal.

Se argumenta la existencia de un mayor riesgo de depresión en aquellos pacientes con infartos pequeños y/o localizados en la región frontal izquierda. Se ha tratado de demostrar la relación etiológica entre la depresión de inicio tardío y la patología vascular cerebral, denominándose a este posible subtipo

de depresión “depresión vascular “ y se define como aquella depresión que es debida a múltiples infartos cerebrales, con frecuencia “silentes”, es decir sin síntomas neurológicos. Los pacientes con lesiones en esta área cerebral presentan alteraciones en la respuesta autonómica a estímulos emocionales, además de incapacidad para expresar emoción ante situaciones normalmente emotivas e imposibilidad para utilizar información sobre la probabilidad de castigo o recompensa como guía en el comportamiento social.

Sin embargo, es destacable que aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.

La alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal puede ser interpretada como un correlato biológico, pero no implica necesariamente una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida; antes, durante o después. La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar. Es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista, estas personas están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Desde la psicología de conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales.

Aún no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad. Se habla por tanto de psicopatología, que puede ser descrita en un cuadro clínico.

7.1.3. Factores de vulnerabilidad de la depresión

El autor Irwing G. Sarason (2006, pág. 354) nos habla de cinco factores que pueden volver vulnerable a la persona de presentar un cuadro depresivo.

Como primer factor tenemos la herencia, su importancia en los trastornos de ánimo se demuestra por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica y la probabilidad de que si uno de ellas tiene un trastorno del estado de ánimo, el familiar biológico también sea diagnosticado con ese trastorno. La posibilidad de desarrollar el trastorno son aun menores si la persona no tiene familiares cercanos que hayan recibido este diagnostico.

Los estudios familiares han demostrado que mientras más jóvenes sean las personas cuando ocurre la primera depresión mayor, es más probable que sus familiares también experimenten periodos de depresión.

Aunque sea demostrado en forma solida que la depresión mayor es un problema de familia, se conoce mucho menos en que forma la herencia afecta las características clínicas del trastorno, como la cantidad y tipo de síntomas y la duración del estado de ánimo severamente depresivo.

El segundo factor es la edad. El riesgo de sufrir un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en mujeres que tienen entre 20 y 29 años. En el caso de los hombres el periodo de riesgo similar es entre los 40 y 49 años. Además de la edad otro factor es el año de nacimiento, o la cohorte

a la que pertenece una persona. El porcentaje de depresión aumentó durante el siglo XX y también se redujo la edad promedio del primer diagnóstico.

Como tercer factor tenemos el género, uno de los principales factores de riesgo de la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres.

En el caso del rango de edad 25 a 45 años, las mujeres casadas tienen un porcentaje de depresión particularmente alto, mientras que las solteras tienen un porcentaje mucho menor, más parecido al porcentaje de los hombres.

La forma en que las mujeres y hombres afrontan los estados de ánimo deprimidos también puede ser un factor. Los hombres suelen tener un enfoque orientado a la acción que puede distraerlos de sus síntomas, pero las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre sus problemas con otros y meditar sobre ellos. Este estilo de respuesta meditativa está relacionado con periodos de depresión más largos y más severos.

Los eventos de vida son considerados el factor número cuatro. Los factores ambientales así como los eventos de vida, en especial una acumulación de sucesos estresantes en un corto periodo, pueden jugar un papel importante en el surgimiento de un episodio de depresión, en especial en el caso de personas vulnerables. Sin embargo, la relación entre los eventos de vida estresantes y el inicio de una depresión mayor se reducen a medida que los episodios depresivos previos aumentan.

Algunas personas parecen ser genéticamente vulnerables a la depresión recidivante, sin importar que existan eventos de vida estresantes o largos periodos de tranquilidad.

Por lo general, los eventos de vida estresantes no son aleatorios, pues por lo regular están relacionados con la vulnerabilidad de la persona y las circunstancias de vida.

Muchos eventos de vida están relacionados con las relaciones que integran la red social de la persona, lo que nos lleva al último factor pero no menos importante, la falta de apoyo social. El efecto negativo de los eventos de

vida concernientes a las relaciones personales cercanas se hace aun mas fuerte porque por lo regular está acompañado por una reducción del apoyo social, siendo esté la confianza de que una persona sea atendida por otros que puedan proporcionar ayuda o apoyo emocional cuando es necesario, es una protección importante contra la depresión.

7.1.4. Tipos y clasificaciones de los trastornos depresivos

El DSM - IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, 2002) divide los trastornos del estado de ánimo en tres tipos generales. Los dos tipos más importantes de los trastornos del estado de ánimo son los trastornos depresivo y los trastornos bipolares, ambos estados que reflejan una alteración del estado de ánimo o reacción emocional que no se debe a ningún trastorno físico o mental. El tercer tipo de trastornos del estado de ánimo son los causados ya sea por enfermedades médicas, medicamentos prescritos o abuso de diversas drogas ilegales u otras sustancias químicas. Los trastornos del estado de ánimo relacionados con la medicina pueden coexistir con condiciones médicas generales como el cáncer, diabetes o un ataque cardiaco reciente.

A continuación veremos un poco sobre la primera clasificación de los trastornos del estado de ánimo y la última. Antes de hablar de un Trastorno depresivo mayor debemos conocer sobre el Episodio depresivo mayor.

Episodio depresivo mayor

Características del trastorno

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio

depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo». En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas. Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio; despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse o el insomnio tardío; despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse. También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño o hipersomnia en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación o enlentecimiento. La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o sentimientos de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes. Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»).

Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables.

Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal.

Los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del

episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica como por ejemplo: cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes. Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas como podría ser el caso de pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer. Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las droga), a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica. Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de. Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia.

Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. Pueden presentarse problemas matrimoniales, problemas laborales, problemas

escolares, abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial. El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos.

La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios» y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado». Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfo.

Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia. Las experiencias propias de una cultura, deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes

reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.

Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos por ejemplo la desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad.

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

Curso

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses.

La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos

síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar.

La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años.

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas. **Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito.
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastorno depresivo mayor

Características diagnósticas

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

El tercer dígito en el código diagnóstico del DSM-IV-TR para el trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes. Por lo que respecta a este manual, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este período de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial) por lo que es de vital importancia poder diferenciarlos siguiendo los criterios establecidos por el manual para el diagnóstico de los trastornos mentales (2002).

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total.

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Especificaciones

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual (o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor):

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica)

Con patrón estacional

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

Prevalencia

Según el DSM-IV-TR (2002) los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

Curso

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio, ósea que a medida que los episodios se van presentado el sujeto se vuelve mucho más vulnerable a presentar complicaciones más serias como un episodio maniaco.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica.

También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la

dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Patrón familiar

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios.

El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores, con síntomas maníacos o con síntomas mixtos. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante.

Para determinar la alteración del estado de ánimo a causa de una enfermedad médica, en primer lugar, han de establecerse claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico.

Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la de la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos para un trastorno afectivo

primario. En la evaluación de cada caso pueden ser de ayuda los datos bibliográficos que sugieran que puede haber una asociación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas afectivos.

Al contrario de lo que sucede en el trastorno depresivo mayor, no hay diferencias en la distribución por sexos en el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos. Aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, si bien las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas.

Subtipos

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar la presentación sintomática predominante:

F06.32 Con síntomas depresivos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

F06.32 Con episodio similar al depresivo mayor. Se emplea este subtipo si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

F06.30 Con síntomas maníacos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

F06.33 Con síntomas mixtos. Se emplea este subtipo si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

Enfermedades médicas asociadas

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas, patología vascular cerebral, enfermedades metabólicas, enfermedades endocrinas, enfermedades autoinmunes, infecciones víricas o de otro tipo y algunos tipos de cáncer. Los hallazgos de la

exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la enfermedad médica causante del cuadro.

Prevalencia

Se ha observado que el 25-40 % de los sujetos con ciertas enfermedades neurológicas presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. En las enfermedades médicas sin una implicación directa del sistema nervioso central las tasas son mucho más variables, y comprenden desde más del 60 % en el síndrome de Cushing hasta menos del 8 % en la insuficiencia renal terminal.

Criterios para el diagnóstico de F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (Indicar la enfermedad médica) [293.83]

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

7.1.5. Tratamientos para la depresión

Existen fármacos eficaces, con relativamente pocos efectos secundarios y aunado a procedimientos psicoterapéuticos, hacen que la meta del tratamiento antidepresivo, sea la completa remisión de la sintomatología.

Los antidepresivos son fármacos para mejorar el ánimo, el sueño, el apetito y la concentración. Existen varios tipos de antidepresivos. Con algunos de estos medicamentos, pueden pasar hasta 12 semanas, antes de que usted sienta que están funcionando. Es posible que su médico le pida que continúe tomando los medicamentos durante 6 meses o más, después de que sus síntomas hayan desaparecido.

Algunos antidepresivos pueden causar efectos secundarios no deseados, aunque algunos de los nuevos medicamentos ahora tienden a causar menos efectos. Aún así, todo antidepresivo deberá usarse con precaución para evitar este problema. Tenga en cuenta lo siguiente:

El médico necesita saber que medicamentos (recetados o no), vitaminas o suplementos naturales está tomando, también debe saber acerca de cualquier otro problema físico que usted pueda tener.

La mayor precaución que se debe de tener con estos fármacos es el asegúrese de tomar los antidepresivos en la dosis apropiada y en el horario correcto.

Unque el médico o especialista de salud mental puede a menudo tratar la depresión con éxito es clave combinar el tratamiento farmacológico con el psicológico, por ejemplo, los grupos de apoyo pueden proporcionarle nuevas habilidades de tolerancia o de apoyo social si usted está enfrentando un gran cambio importante en su vida. El médico podría sugerirle que visite un centro local para adultos mayores, un servicio voluntario o un programa de nutrición.

Varios tipos de terapia por medio de "charlas" son útiles también. Alguno de estos métodos podría ayudarle a tener una perspectiva más positiva de la vida. El pensar siempre sobre las cosas tristes de su vida o sobre lo que ha perdido, puede haberle llevado a la depresión. Y otros métodos pueden ayudarle a mejorar las relaciones con los demás, para darle así a usted más esperanza acerca de su futuro.

Mejorar su estado toma tiempo, pero con el apoyo de otros y con un tratamiento médico, el paciente mejorará un poco cada día.

Terapia cognitivo comportamental y psicoterapia interpersonal

Esta estrategia de psicoterapia es la que se encuentra con una base de mayor evidencia en el tratamiento de la depresión. Ambas comparten en su aproximación terapéutica la estimulación de incrementos de los niveles de actividad y de la búsqueda de recompensas sociales (Davey & Allen).

Un componente esencial en la terapia cognitivo-comportamental es la programación de los acontecimientos agradables. El terapeuta anima de manera muy directa al paciente para que lleve a cabo una actividad mayor y participe en actividades que le puedan ofrecer una recompensa social. La consideración de las cogniciones negativas que acompaña a la depresión, así como el fomento de la consideración de alternativas más óptimas por parte del paciente, también se pueden contemplar como un esfuerzo para reforzar el sistema de recompensa social; el sistema que subyace a las expectativas positivas respecto a uno mismo, el mundo y el futuro, y para estabilizarlo frente a las decepciones y dificultades que inevitablemente van a aparecer.

La consideración del pensamiento negativo pretende actuar directamente sobre el razonamiento disfuncional que predice la recurrencia de la depresión. El hecho de que estos pensamientos no se hayan establecido firmemente durante el primer episodio de depresión sugiere que el primer episodio es el momento más oportuno para la aplicación de esta terapia.

La psicoterapia interpersonal es idónea para el tratamiento de primer episodio de la depresión debido a que aborda directamente el contexto interpersonal en el que se suele originar la depresión. Esta terapia se centra en las pérdidas y los conflictos interpersonales que con frecuencia precipitan el primer episodio de depresión, y persigue la resolución del episodio mediante el establecimiento del potencial de recompensa que acompaña a las relaciones.

Al conseguir que el paciente sea consciente de la relación tan estrecha que existe entre su depresión y el contexto interpersonal en el que se originado, abordando al mismo tiempo las relaciones relevantes, la terapia también puede reforzar y estabilizar la capacidad del paciente para experimentar sus relaciones de una manera que le recompense, reduciendo así la posibilidad de recurrencia de la depresión.

7.2. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica; que es una cantidad excesiva de glucosa en la sangre, es el hallazgo básico en todos los tipos de Diabetes Mellitus, cuando no está controlada, el termino opuesto es hipoglucemia.

La diabetes mellitus es un síndrome clínico y humoral, provocado por una perturbación primitiva del metabolismo de los hidratos de carbono, que afecta secundariamente al metabolismo de los lípidos, prótidos y al hidromineral. La causa de este síndrome es la insuficiencia primitiva o secundaria de insulina, por lo cual se considera como una afección del páncreas insular o endocrino. Este trastorno metabólico aparece y evoluciona en un terreno que favorece el desarrollo de alteraciones degenerativas múltiples (Rocca Francisco, 1963, pág. 49).

En aquellos casos en que los síntomas son floridos, persistentes y las cifras de glucemia suficientemente elevadas, el diagnóstico es obvio en la mayoría de ocasiones. Pero no debemos olvidar que, en muchos casos, el diagnóstico se realiza en sujetos asintomáticos y a través de una exploración analítica de rutina. La prevalencia de la Diabetes Mellitus, sus complicaciones específicas y la presencia de otras entidades que suelen acompañarla hacen de la enfermedad uno de los principales problemas sociosanitarios en la actualidad.

El crecimiento exponencial de la información disponible sobre la historia natural de la Diabetes Mellitus, de su etiología y del conocimiento de la fisiopatología, de sus complicaciones crónicas ha obligado a que, en los últimos años, se revisaran los criterios diagnósticos de esta entidad y se reclasificaran los diferentes procesos que en ella se incluyen. La revisión de los criterios diagnósticos y de la clasificación de la enfermedad se llevó a cabo en 1997 y 1998 en sendos documentos consensuados por los comités de expertos de la American Diabetes Association o bien en español Asociación Americana de Diabetes y de la Organización Mundial de la Salud (Ignacio, 2002, pág. 528). El

hecho de que algunos participantes de ambos comités fueran comunes hace que las recomendaciones finales y las conclusiones de ambos grupos sean, aunque con pequeños matices, muy similares.

La clarificación de los criterios diagnósticos y la mejor clasificación de cada una de las personas afectadas por la Diabetes Mellitus deben permitir en el futuro elegir mejor entre las diferentes opciones de tratamiento mucho más integral y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

7.2.2. Introducción y Magnitud Del Problema

A pesar de las cifras que caracterizan a la diabetes mellitus en general y a la diabetes mellitus tipo 2 en particular (la forma más frecuente de Diabetes Mellitus), ésta supone hoy día un problema sanitario y socioeconómico de primera magnitud.

Según Ignacio Conget (2002, pág. 529) las estadísticas señalan el aumento de personas diagnosticadas con Diabetes y el impacto que esto produce en la sociedad. Este autor refiere que si tenemos en cuenta las connotaciones propias de la diabetes mellitus tipo 1, las peculiaridades de su tratamiento, el impacto que genera el diagnóstico de esta enfermedad y que más del 50% de los casos nuevos se diagnostican en la edad pediátrica, es fácil entender que, aunque esta entidad solamente suponga uno de cada 10 casos de diabetes, su importancia real es mucho mayor que los números que la representan.

En el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2, sus números hablan por sí solos. Se calcula que en los EE.UU. su prevalencia es de un 6,6% entre los 20 y 74 años y que probablemente aumentará hasta el 10% en la próxima década. Debemos tener en cuenta, además, que las opiniones más optimistas consideran que estas cifras sufrirán durante este siglo un aumento exponencial que afectará no sólo al orbe occidental y que en el año 2010 alcanzará a 215 millones de individuos. Asimismo, sabemos que un 50% de los sujetos con

Diabetes Mellitus tipo 2 tienen hipertensión arterial y que un porcentaje similar presenta dislipidemia, ambos reconocidos factores de riesgo cardiovascular.

Por otro lado, en el momento del diagnóstico el 40% de los pacientes presenta algún tipo de macroangiopatía ya establecida. En el mismo contexto, un 35% presenta micro o macroalbuminuria y un 15% retinopatía establecida, es decir, alguna de las formas en las que se manifiesta la temible enfermedad microvascular característica de la Diabetes. En cuanto al coste económico, las cifras son, si cabe, aún más elocuente. El sistema sanitario norteamericano dedica el 14% de su presupuesto anual al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones tardías. El tratamiento de la está y sus complicaciones supone en Canadá un coste de 7-10 billones de dólares anuales. En la Unión Europea, el gasto médico directo anual de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es de 29 billones de euros. De esta cantidad, únicamente el 3,5% se destina a la medicación hipoglucemiante. La presencia de complicaciones micro o macrovasculares duplican el gasto sanitario y la coexistencia de ambas lo triplican. Todos estos datos, y las consecuencias, los principales problemas sociosanitarios en la actualidad.

7.2.3. El diagnóstico de la diabetes mellitus y otras categorías de alteración de la tolerancia a la glucosa

Hasta que, a finales de los años setenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el National Diabetes Data Group (NDDG) no decidieron clarificar los criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus y otras alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, la situación podía calificarse de incierta, no sólo en cuanto a los criterios diagnósticos, sino también en lo que respecta a la nomenclatura empleada.

Después de 1985, y tras diversas adaptaciones, la situación se clarifica y unifica en cuanto a los puntos de corte de glucemia elegidos, tanto en situación basal como tras el estímulo con una sobrecarga de glucosa oral. Sin embargo, el devenir de los años ochenta y noventa proporciona un crecimiento exponencial en la información disponible sobre la historia natural de la

Diabetes, en la de sus diferentes etiologías y en el conocimiento de la fisiopatología de sus complicaciones crónicas. Todo ello obliga a efectuar una nueva revisión de los criterios diagnósticos de esta entidad y una reclasificación de los diferentes procesos que en ella se incluyen, incorporando sus bases etiológicas.

Esta profunda revisión de los criterios diagnósticos y de la clasificación de la Diabetes Mellitid se lleva a cabo en 1997 y 1998 en sendos documentos consensuados por los comités de expertos de la Asociación Americana de Diabetes y de la Organización Mundial de Salud. Afortunadamente, el hecho de que algunos participantes en ambos comités fueran comunes hace que las recomendaciones finales y las conclusiones de ambos grupos sean, aunque con pequeños matices, muy similares.

El diagnóstico

Teniendo en cuenta las consecuencias que puede tener para el individuo afectado, el clínico deben ser certeras a la hora de establecer el diagnóstico de Diabetes Mellitus. En el caso de que los síntomas sean floridos y persistentes y las cifras de glucemia suficientemente elevadas, el diagnóstico será obvio en la mayoría de ocasiones. Pero no debemos olvidar que, en una gran parte de los casos, el diagnóstico lo efectuaremos en personas asintomáticas y a través de una exploración analítica de rutina.

El diagnóstico de Diabetes Mellitus puede establecerse ante las siguientes situaciones (Diagnóstico de la diábetes):

- Glucosa sanguínea en ayuno. Después de un ayuno de aproximadamente 8 horas. Este examen es utilizado para diagnosticar diabetes o pre-diabetes.
- Tolerancia oral a la glucosa. Esta prueba mide el nivel de glucosa en sangre después de un ayuno de 8 horas y después de 2 horas de haber tomado una bebida glucosaza. Esta prueba puede ser utilizada para diagnosticar diabetes o pre-diabetes.

- Glucosa sanguínea a cualquier hora del día. El médico realiza pruebas de glucosa en sangre sin importar a que hora se tomó el último alimento. Esta prueba junto con una serie de síntomas es utilizada para el diagnóstico de diabetes, pero no de pre-diabetes.

Resultados positivos deben ser confirmados por el médico repitiendo la prueba de glucosa en ayunas o la prueba de Tolerancia a la glucosa en un diferente día.

Prueba de glucosa sanguínea en ayuno (PGA).

Debido a su fácil uso y a la aceptabilidad de los pacientes y el bajo costo, la PGA es la más utilizada. Ayuno se define como un periodo de 8 horas sin haber comido o tomado algún alimento.

- Si el nivel de glucosa en sangre es de 100 a 125 mg/dl se presenta una forma de pre-diabetes llamada intolerancia a la glucosa en ayunas, lo que significa que existe el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 pero aun no se tiene.
- Un nivel de glucosa en sangre arriba de 126 mg/dl confirmado con otra prueba de glucosa sanguínea en ayuno realizada otro día, confirma el diagnóstico de diabetes.

Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG)

La PTOG requiere un ayuno de cuando menos 8 horas antes de la prueba. La glucosa en sangre se mide inmediatamente después, a intervalos de tiempo y dos horas después de haber bebido una solución glucosada con 75gr de glucosa disuelta en agua.

- Si el nivel de glucosa está entre 140 y 199 mg/dl dos horas después de haber bebido el líquido, se tiene una forma de pre-diabetes llamada Intolerancia a la glucosa, lo que significa que existe el riesgo de desarrollar diabetes tipo dos pero aun no se tiene.

- Una glucosa de 200 mg/dl o más después de dos horas de haber tomado la solución glucosada, confirmada con otra PTOG positiva realizada otro día, confirma el diagnóstico de diabetes.

Glucosa sanguínea a cualquier hora del día

Una prueba de glucosa en sangre por arriba de 200 mg/dl o más, con la presencia de los síntomas que se mencionan a continuación confirma el diagnóstico de diabetes.

- Sed excesiva
- Incremento en la frecuencia de orinar
- Pérdida de peso sin explicación

Otros síntomas incluyen cansancio, visión borrosa, aumento en el apetito y heridas que tardan en sanar.

Categorías intermedias entre la normalidad y la diabetes mellitus

Se consideran situaciones entre la normalidad y la Diabetes Mellitus; no suponen una clase en sí mismas dentro de la clasificación de la Diabetes Mellitus, sino que constituyen estadios intermedios dentro de la historia natural de las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono. En general se reconocen como situaciones de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular. El hecho de que la categoría «glucemia alterada en ayunas» (GAA) sea de reciente cuño no permite afirmar con rotundidad las características evolutivas de los sujetos con GGA.

Dentro de esta situación se reconocen dos entidades:

1. La tolerancia disminuida a la glucosa (TDG) se define a través de la realización de una prueba de tolerancia oral a la glucosa, si la glucemia plasmática a las 2 h es ≥ 140 y < 200 mg/dl. La prueba de tolerancia oral a la glucosa define como tolerancia normal a la glucosa una glucemia plasmática a las 2 h < 140 mg/dl.

2. En las recomendaciones efectuadas en 1997, la ADA introduce la categoría GAA como aquella situación en donde la GPA es ≥ 110 y < 126 mg/dl. La glucemia plasmática en ayunas normal sería aquella < 110 mg/dl. Desde la introducción de esta nueva categoría (GAA), mucho se ha escrito entre la supuesta concordancia entre GAA y TDG, y cada vez son más los estudios que demuestran que no son entidades equivalentes en cuanto a su trascendencia y pronóstico. Es evidente que la respuesta a la prueba de tolerancia oral a la glucosa de los sujetos con GAA es heterogénea (normal, TDG y Diabetes Mellitus). Podemos afirmar que un elevado porcentaje de individuos con GAA tiene una TDG concomitante, pero que muchos sujetos, pese a tener una glucemia normal (< 110 mg/dl), pueden presentar también una TDG y, por ende, un riesgo incrementado de padecer Diabetes Mellitus.

En resumen, podemos afirmar que, mientras las guías diagnósticas siguen utilizando umbrales glucémicos asociados con un riesgo incrementado de padecer enfermedad microvascular a la hora de definir Diabetes Mellitus, la mayor parte de la morbimortalidad de esta afección está asociada a la enfermedad macrovascular y a las complicaciones que de ésta se derivan. En general, existe consenso a la hora de afirmar que la glucemia posterior a una PTOG determina mejor el riesgo de enfermedad cardiovascular y que, por tanto, la evaluación metabólica únicamente en ayunas puede ser insuficiente.

7.2.4. Recomendaciones para el cribado de la diabetes mellitus

En su documento de 1997, la ADA establece la recomendación de efectuar el cribado de diabetes en sujetos asintomáticos y sin diagnóstico previo de alteraciones en la homeostasis de la glucosa en dos supuestos (Ignacio, 2002):

1. En todos aquellos sujetos con una edad > 45 años. Si el resultado es normal debería repetirse cada 3 años.
2. El cribado deberá realizarse a edades inferiores o con más frecuencia (anual) en los siguientes sujetos:
 - obesos ($\text{IMC} \geq 27$ kg/m² o peso $\geq 120\%$ del peso ideal).

- familiares de primer grado de sujetos con diabetes.
- historia clínica de DG o macrosomía.
- historia clínica de hipertensión arterial.
- valores de cHDL ≤ 35 mg/dl y/o triglicéridos ≥ 250 mg/dl.
- alteraciones previas de la homeostasis de la glucosa en forma de TDG o GAA.

Para realizar el cribado se aconseja la valoración de la glucemia plasmática en ayunas. Según estas recomendaciones, la realización de una prueba de tolerancia oral a la glucosa puede considerarse en protocolos específicos de estudio o bien en el cribado de sujetos con especial riesgo de desarrollar una diabetes.

7.2.5. Clasificación de diabetes mellitus y su etiopatogenia

Si alguna característica define el nuevo intento clasificatorio de la Diabetes Mellitus es su intención de reunir tintes etiológicos. Los antiguos y confusos términos de Diabetes Mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente desaparecen y se conservan los de Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2. Los otros dos tipos de Diabetes Mellitus incluidos en la clasificación hacen referencia a: *a)* otros tipos específicos de diabetes asociados a defectos genéticos de la célula, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades asociadas a procesos que afectan al páncreas exocrino, endocrinopatías, fármacos o sustancias químicas, infecciones, formas infrecuentes de diabetes autoinmunes y a otros síndromes que a veces se asocian a la enfermedad, y *b)* a la DG.

Cabe señalar que la asignación de un paciente a uno u otro tipo de Diabetes Mellitus puede no ser una tarea fácil. Su catalogación puede depender, entre otros factores, de las circunstancias en que se produzca el diagnóstico, de la precocidad del mismo de la intensidad inicial de la hiperglucemia y de la presencia de enfermedades o tratamientos concomitantes. Del mismo modo, debemos tener siempre presente que la

Diabetes Mellitus no es un proceso inerte sino que constituye una entidad en continua evolución. Así, su severidad puede mantenerse, mejorar o empeorar, y el grado de control metabólico estar íntimamente ligado a la propia historia natural de la enfermedad o al tratamiento considerado como idóneo en cada momento.

Diabetes mellitus tipo 1

Esta forma de Diabetes Mellitus corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil. En la clasificación actual la Diabetes Mellitus tipo 1 se subdivide en dos subtipos, a saber, la Diabetes Mellitus tipo 1 A o autoinmune y Diabetes Mellitus tipo 1 B o idiopática.

- ***Diabetes mellitus tipo 1A***

Aproximadamente uno de cada 10 pacientes con diabetes presenta este tipo de Diabetes Mellitus. En España se diagnostican alrededor de 10 nuevos casos por 100.000 habitantes al año. Cabe señalar que, aunque el pico de nuevos casos se produce entre los 10-12 años, la mitad de los mismos se diagnostican en pacientes mayores de 15 años.

Nos encontramos frente a una enfermedad inmunoinflamatoria crónica en la que existe una destrucción selectiva de las células del páncreas mediado por linfocitos T activado. En ella, y tras un período preclínico de duración variable, en el que el paciente permanece asintomático, cuando la masa de células productoras de insulina llega a un valor crítico el paciente presenta la sintomatología clásica generada por la insulinopenia y la hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una irrefrenable tendencia a la cetosis si no se instaura tratamiento con insulina exógena. Aunque en el momento del diagnóstico la presencia de obesidad es un hecho infrecuente, la presencia de la misma no descarta en ningún modo la posibilidad de una Diabetes Mellitus tipo 1 A. Sin embargo, frente a esta forma clásica de presentación más o menos abrupta y tanto más frecuente cuanto menor es la edad en el momento del diagnóstico, hoy día sabemos que también puede

diagnosticarse una Diabetes Mellitus tipo 1 de características autoinmunes en personas de más de 35-40 años, en las que la presentación clínica puede estar mucho más solapada y no necesitar insulina en el momento del diagnóstico, pero que indefectiblemente precisarán este tipo de tratamiento conforme evolucione y descienda la capacidad para secretar insulina. Hoy día, este tipo de Diabetes Mellitus se conoce como Diabetes Mellitus tipo LADA (*Latent Autoimmune Diabetes of the Adult*).

Como en la mayoría de enfermedades autoinmunes, el proceso resulta de la interacción de factores ambientales y genéticos y, como en gran parte de ellas, en la Diabetes Mellitus tipo 1 A poco conocemos de los factores ambientales desencadenantes (virus tipo Coxsackie, fragmentos de proteínas de la leche de vaca, entre otros, etc.) y únicamente conocemos algo de los factores genéticos que hacen susceptible a un determinado individuo a padecer la enfermedad. Alrededor de un 30% de riesgo para padecer la enfermedad se asocia a la presencia de determinados haplotipos en la región que codifica para los genes HLA en el cromosoma 6, y en especial con los alelos HLA DR y DQ.

Con independencia de que exista una determinada susceptibilidad genética que predispone a desarrollar una Diabetes Mellitus tipo 1 A, en la práctica clínica diaria debemos tener en cuenta que en el 70-80% de casos en los que se diagnostica un nuevo caso de la enfermedad, no existen antecedentes familiares de la misma.

En el 80-85% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 A podemos detectar algún marcador serológico en forma de auto anticuerpos contra el islote pancreático (ICA), contra la insulina (anticuerpos anti insulina), contra la descarboxilasa del ácido glutámico (anticuerpos anti-GAD) y contra la tirosinofosfatasa (anticuerpos anti-IA-2). La ausencia de los mismos en alrededor del 10-15% de los pacientes no descarta el diagnóstico de la enfermedad.

En los enfermos con Diabetes Mellitus tipo 1 A puede detectarse la presencia de autoinmunidad frente a otros tejidos, destacando la presencia de anticuerpos anti tiroideos en un 25% de los pacientes.

- ***Diabetes mellitus tipo 1B o idiopática***

Como entidad de reciente descripción se conoce poco de su etiología, evolución y pronóstico. Como contraposición a la Diabetes Mellitus tipo 1 A, describe a aquellos pacientes con insulinopenia inicial, tendencia a la cetosis o cetoacidosis, en los que no se encuentran datos de autoinmunidad ni haplotipos HLA de predisposición. Cabe señalar que la insulinopenia puede ser fluctuante a lo largo de la enfermedad, pero que en algunas poblaciones (japonesa) puede tener un carácter fulminante. Inicialmente, y con un fuerte componente familiar, se ha descrito como más frecuente en la población afroamericana, asiática o hispana estadounidense. Hoy día existen pocos datos sobre su existencia y características en nuestra población.

Diabetes mellitus tipo 2

En este caso, esta forma de Diabetes Mellitus corresponde a lo que anteriormente se denominaba diabetes mellitus no insulinodependiente o del adulto (por encima de los 40 años). El carácter no insulinodependiente de la enfermedad únicamente hacía referencia al tratamiento requerido a lo largo de la historia natural de la enfermedad.

La importancia relativa de los defectos en la secreción de insulina o en la acción periférica de la hormona en la aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2 ha sido, sigue y seguirá siendo motivo de debate.

Teniendo en cuenta la íntima relación que guardan la secreción de insulina y sensibilidad a la acción de la hormona en el complicado control de la homeostasis de la glucosa, es prácticamente imposible disecar por separado la contribución de cada una de ellas a la etiopatogenia de la Diabetes Mellitus tipo 2. Además, debemos tener en cuenta que ambos fenómenos suelen coexistir y

participan en una proporción diferente en la fisiopatología de la enfermedad, no sólo según la población estudiada, sino también según el período evolutivo de la misma. Por otro lado, la expresión fenotípica de los defectos genéticos que condicionan las alteraciones en la secreción de insulina y en su acción periférica se encuentra modulada por diversos factores ambientales, muchos de ellos consecuencia directa de estas propias alteraciones. Ante esta compleja situación, y con buen criterio, la nueva clasificación de la Diabetes Mellitus de la ADA elude la discusión bizantina y propone que en la Diabetes Mellitus tipo 2 coexisten ambos defectos, pero que prevalecerá uno u otro según los casos.

En las situaciones en las que predomina la resistencia a la insulina, la masa de células sufre una transformación capaz de aumentar su oferta de insulina y compensar la excesiva y anómala demanda. Sea cual sea el defecto inicial en la patogenia de la Diabetes Mellitus tipo 2.

La presentación clínica de la Diabetes Mellitus tipo 2 puede ser muy diversa. Podemos diagnosticar una Diabetes Mellitus tipo 2 en una analítica de rutina o de cribado de la enfermedad. Puede presentarse con la sintomatología típica de la hiperglucemia. Pero, desafortunadamente, en una gran parte de los casos el diagnóstico ha pasado desapercibido durante años ante la ausencia de sintomatología acompañante y ante su tórpida evolución, y en el momento de reconocer por primera vez la enfermedad son ya evidentes las lesiones propias de algunas complicaciones crónicas de la enfermedad.

En resumen, podemos afirmar que existe una serie de premisas que caracterizan la patogenia de la Diabetes Mellitus tipo 2 en las que la mayoría de autores empiezan a ponerse de acuerdo:

- Nos hallamos frente a una entidad con una fisiopatología y traducción clínicas heterogéneas.
- Se encuentra determinada por componentes genéticos y ambientales (dieta occidental, sedentarismo, etcétera).

- Su herencia es claramente poligénica, lo que significa que es necesaria la presencia de varias anomalías genéticas para que aparezca.
- En su historia natural no debemos confundir entre aquellos determinantes genéticos diabetogénicos: esenciales, específicos de diabetes pero no suficientes por sí solos para generar la enfermedad (genes que determinan defectos en la sensibilidad a la insulina y genes que determinan defectos en la secreción de insulina) y aquellos determinantes genéticos relacionados con la diabetes: no esenciales, no específicos de diabetes pero relacionados con ella y no suficientes por sí solos para producir la enfermedad (obesidad, distribución de la adiposidad, longevidad, etc.).
- Los defectos en la sensibilidad y en la secreción de insulina suelen coexistir, ambos son fenómenos importantes en la fisiopatología de la enfermedad y se encuentran determinados genéticamente de forma directa y modulada por factores adquiridos.
- Una gran proporción de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 son obesos (80%) y la obesidad, especialmente la de localización abdominal, genera *per se* resistencia a la insulina y está bajo control genético. Sin embargo, la Diabetes Mellitus tipo 2 también puede diagnosticarse en sujetos no obesos, especialmente en ancianos.

7.2.6. Otros tipos específicos de diabetes mellitus

Bajo este epígrafe se engloba una serie de entidades de fisiopatología muy polimorfa. La forma de presentación de estos tipos de Diabetes Mellitus variará enormemente dependiendo de la causa subyacente. En la mayoría de ellas, la historia familiar, los antecedentes patológicos acompañantes y de la medicación recibida nos ayudará a su identificación. De manera global se caracteriza, en comparación con la Diabetes Mellitus tipo 1 y la Diabetes Mellitus tipo 2, por suponer, en su conjunto, menos del 10% de casos Diabetes Mellitus.

Individualmente, algunas formas son en extremo raras. Así pues, haremos mención únicamente a algunas de ellas, y más en concreto a la Diabetes Mellitus tipo MODY.

Diabetes tipo MODY

La diabetes tipo MODY, acrónimo que corresponde a *maturity onset diabetes of the young*, es una forma de diabetes monogénica caracterizada por una transmisión autosómica dominante, por presentar un inicio temprano y por asociarse a defectos de la célula que limitan la secreción de insulina. La diabetes tipo MODY afectaría, aproximadamente, al 5% del total de pacientes con Diabetes Mellitus.

En contraposición con las descripciones efectuadas inicialmente, en las que se describía la diabetes tipo MODY como una entidad homogénea y, en general, con buen pronóstico para los pacientes afectados, hoy día sabemos: a) que se trata de una entidad heterogénea desde el punto de vista genético, metabólico y clínico, y b) la prevalencia de complicaciones crónicas asociadas a la diabetes tipo MODY, en algunos casos, puede asemejarse a la observada en los pacientes con diabetes tipos 1 y 2.

Hoy día se han descrito 5 tipos (únicamente tres incluidos en la clasificación ADA 1997) de diabetes tipo MODY, asociadas a mutaciones en diferentes localizaciones cromosómicas, a saber: en el gen que codifica para la enzima glucocinasa (MODY 2), factor nuclear hepático 1(MODY 3), factor nuclear hepático 4(MODY 1), factor nuclear hepático 1 (MODY 5) y en el factor promotor de la insulina 1 (MODY 4). Las formas más frecuentes, incluyendo nuestro medio, son MODY 2 y 3. Los pacientes con MODY 2 presentan desde edades tempranas una hiperglucemia discreta que se mantiene estable a lo largo de la vida y que raramente requiere tratamiento farmacológico.

La evolución de la enfermedad se asocia de manera excepcional a complicaciones específicas de la diabetes. En el caso de MODY 3 existe un progresivo deterioro de la tolerancia a la glucosa desde la pubertad, muchas

veces sintomático y que en los dos tercios de los casos requiere el uso de antidiabéticos orales o insulina para el control metabólico de la enfermedad.

En los pacientes con este tipo de diabetes se presentan con frecuencia complicaciones crónicas asociadas a la diabetes.

7.3. Aspectos psicológicos del paciente diabético

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia.

Las reacciones psicológicas a la Diabetes Mellitus han sido objeto de interés desde principios del siglo XX. Las primeras investigaciones intentaban encontrar características específicas en quien padece la enfermedad. Surge entonces el mito de la "personalidad del diabético" con la esperanza de encontrar una personalidad específica que implicara un alto riesgo de padecer diabetes y que ofreciera por tanto la posibilidad de prevenirla modificando dichas características. Cuando fracasó este intento, el interés se centró entonces en la posibilidad de que se desarrollara una personalidad del diabético como *consecuencia* de la enfermedad. Los datos acumulados durante años, *no* muestran evidencias de que la persona diabética promedio sea psicológicamente diferente del resto de la población (Portilla Lilia, 1991, pág. 199).

Entonces no podemos esperar que el paciente diabético tenga una personalidad especial que tenga como secuencia tendencias a la depresión sino que debemos de tomar en cuenta los diversos cambios a los que estas personas deben ajustarse, diversas investigaciones han demostrado que en el periodo de ajuste al programa del tratamiento, los pacientes pasan por etapas de tensión emocional al igual que los sujetos que se someten a tratamientos exclusivamente prolongados, dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales que tienen efectos psicológicos importantes. Este tipo de estudios manifiesta que los individuos con diabetes mellitus no sólo se ven afectados físicamente, sino que desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad al requerir diálisis periódicas (Lauro José , 2004, pág. 379).

Este tipo de pacientes suele presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica que afectan la calidad de vida. La forma de afrontar el inicio de la enfermedad y las situaciones de tensión son factores muy importantes en el proceso de ajuste para el inicio del tratamiento.

Se hace necesario hacer una diferenciación entre los trastornos psicológicos en el paciente diabético que pueden estar asociados directamente a su enfermedad y aquellos que tienen una relativa independencia de ésta. Entre éstos últimos se incluyen trastornos de la personalidad y la conducta, neurosis y otras entidades psiquiátricas.

A pesar de la falta de evidencias de una respuesta psicológica generalizada, no hay dudas de que el padecer la Diabetes Mellitus genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece y pueden incidir negativamente en adherencia al tratamiento y por tanto en su control metabólico (Portilla Lilia, 1991, pág. 200).

En relación con los trastornos asociados a la enfermedad hay que considerar que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, cuyo tratamiento requiere llevar una dieta rigurosa, automonitoreo de los niveles de glicemia hasta 4 veces al día, ejercicio físico y medicamento, (insulina y/o hipoglicemiantes orales); esto requiere un reajuste en el estilo de vida del paciente. Las actividades y hábitos que hasta el momento caracterizaban su vida cotidiana, deben ser variadas en función de las demandas de la enfermedad. Esto trae aparejado en la mayoría de los casos reacciones de inadaptación psicológica y social que son sujetas de atención especializada ya que pueden afectar el control metabólico. Por esta razón Portilla (1991) sugiere que los pacientes que requieren atención psicológica son:

- Pacientes de reciente debut (comienzo).
- Pacientes descompensados psicológicamente por razones de origen psicológico predominantemente.
- Pacientes con dificultades en la adaptación a la enfermedad.

- Situaciones especiales durante el curso de la enfermedad.

Pacientes de Reciente Debut (Comienzo)

El debut o comienzo de la enfermedad puede constituir en la mayoría de los casos una etapa crítica. La persona se enfrenta sin esperarlo y por tanto sin estar preparada para ello a una enfermedad crónica que desajusta toda su vida y que impone un régimen riguroso de tratamiento, que debe cumplirse diariamente y para lo cual no basta con tomar o inyectarse el medicamento en un momento del día, sino que debe reajustar toda la actividad diaria, a las nuevas demandas que la enfermedad le impone.

El diabético de debut se preocupa y angustia por la forma como cree se va a desarrollar su vida a partir de ese momento. No solo considera las verdaderas condiciones que le impone el médico para cumplir su tratamiento sino que le agrega nuevas limitantes sugeridas por otras personas o valoradas por él, que hacen que perciba la enfermedad como más invalidante de lo que realmente puede ser. Por estas razones aparecen con frecuencia en esta etapa síntomas ansiosos y/o depresivos que requieren tratamiento.

La atención psicológica para resolver la problemática de esta fase puede valorar algunos de los siguientes recursos:

- Ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad.
- Psicoterapia de apoyo para ayudar a su reafirmación.
- Técnicas de reestructuración cognitiva que permitan rectificar

Pacientes Descompensados Metabólicamente por Razones de Índole Psicológica Predominantemente

El control metabólico del paciente diabético es un fenómeno multicausal en el que intervienen entre otros la dieta, la presencia de focos sépticos y las situaciones de estrés a que puede estar sometido el paciente. Estas causas de

descompensación pueden aparecer independientemente unas de otras o combinadas, lo que es más frecuente.

El estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol. La aparición de eventos vitales que demandan un reajuste psicológico se encuentra entre estas causas. Los conflictos y tensiones vivenciadas por el paciente en el ámbito personal, familiar, laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la Diabetes Mellitus.

Pacientes con Dificultades de Adaptación a la Enfermedad

Por las características de la enfermedad y su tratamiento es frecuente encontrar pacientes que no se adaptan y que por tanto no aceptan su condición de diabéticos. Esta situación es típica del debut, pero puede también observarse en cualquier momento del curso de la enfermedad, incluyendo a aquellos pacientes que tienen mucho tiempo de evolución de la misma.

La inadaptación puede observarse tanto en la esfera personal como social. En el primer caso se encuentran aquellos pacientes que se niegan a cumplir algunos aspectos del tratamiento, siendo muy frecuentes los casos que temen al uso de la insulina como medicamento o a la acción mecánica de la inyección en sí misma. Ante esta situación la técnica de desensibilización sistemática suele ser un medio eficaz, así como la terapia cognitiva, pudiendo combinarse ambas, lo cual se decide de acuerdo al caso en cuestión.

La inadaptación social es el resultado de la dificultad objetiva o subjetiva que el paciente encuentra para conciliar las condiciones y exigencias del medio en que desarrolla su actividad y el cumplimiento del tratamiento en general o de las recomendaciones que se le han ofrecido para su cuidado en particular. La reorientación del paciente partiendo de nuevas metas resulta indispensable para sensibilizar al mismo con la necesidad de hacer reajustes en su vida hacia

un estilo mediante el cual pueda continuar siendo una persona útil, realizada socialmente, sin que esto conspira con la atención y cuidado de su enfermedad.

Situaciones Especiales

- Embarazo: Los riesgos que puede afrontar la mujer diabética y su futuro hijo, deben ser de su conocimiento y para ello deberá recibir una adecuada orientación y apoyo tanto para la toma de decisiones al respecto como para mantener un estado óptimo desde el punto de vista psicológico.
- Aparición de complicaciones invalidantes: la labor preventiva es indispensable (sobre todo ante la posibilidad de pérdida de visión) para que el paciente pueda reorientar su actividad diaria en particular y su vida en general.
- Niños diabéticos al llegar a la pubertad: la adolescencia como edad crítica de adaptación suma sus condiciones a las del tratamiento, pudiendo aparecer transgresiones del mismo que lleven al descontrol metabólico. Esto hace a esta edad particularmente vulnerable y necesitada de orientación y apoyo.
- El paciente geriátrico: a la depresión, ansiedad y sentimientos de indefensión frecuentes en la edad geriátrica, se suman preocupaciones por su condición de diabético, lo que puede influir negativamente en su estado psíquico y llevarlo al descontrol metabólico. Es necesario en estos casos el apoyo moral y material, así como estimular la realización de actividades que permitan sus condiciones físicas y le resulten placenteras a la vez que los provean de una identidad social positiva.

La valoración y tratamiento de estos casos debe considerar el funcionamiento de los Sistemas de Apoyo Social del paciente, considerándose como fuentes de apoyo la familia, pareja, compañeros de trabajo o estudio, personal de salud que le atiende, y relaciones sociales en general.

El apoyo familiar es particularmente importante en el paciente diabético no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario de tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía.

Las relaciones con compañeros de trabajo o estudio pueden constituir una fuente de apoyo. La aceptación en estos grupos, la comprensión que estas personas puedan mostrar a las necesidades del diabético, así como el apoyo material para cumplir el tratamiento son condiciones deseadas para el mejor desenvolvimiento del paciente diabético. Las relaciones sociales en general pueden contribuir a que el diabético logre una identidad social positiva en la medida en que sean capaces de percibirlo como una persona igual a los demás pero que a su vez requiere cumplir un tratamiento: la comprensión, apoyo y aceptación que provenga de los demás confiere al diabético seguridad y confianza.

El personal de salud que tiene a su cargo la atención de estos pacientes constituye una importante y prestigiosa fuente de información que disipa temores y prejuicios en relación con la enfermedad, además de ser quien determina el tratamiento a seguir. Si a la autoridad que estas funciones la confieren ante el paciente es capaz de sumarle un trato adecuado, entonces el personal de salud adquiere para el paciente un valor inestimable como fuente de apoyo cognitivo, afectivo e instrumental.

Los Sistemas de Apoyo Social, conjuntamente con otras técnicas mencionadas antes pueden ser utilizados como recursos terapéuticos en el manejo psicológico del paciente diabético.

7.3.2. Habilidad para enfrentarse con la enfermedad

El *coping* se define como una conducta o esfuerzo cognitivo usado en un intento por tratar con un evento estresante y puede tener diferentes estilos dependiendo de la personalidad (Garay Sevilla, 1999). Estilos positivos como el

de afrontamiento, optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico y mejor control glucémico. Los del tipo evasivo, emotivo se han asociado con problemas en el ajuste psicológico, regímenes de no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico reportaron que algunos pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 utilizan estrategias de afrontamiento como la evasiva, negación y fantasía mientras que otros utilizan técnicas más positivas.

Garay (1999) hace referencia a Coelho en cuanto a que encontraron mala calidad de vida en pacientes diabéticos quienes usaban el estilo evasivo comparándolos con aquellos que utilizaban el estilo activo-confrontativo. En un estudio realizado por nuestro grupo encontramos que los estilos del tipo evasivo y fatalista se asocian con mejor adherencia al tratamiento.

La selección del tipo de enfrentamiento que el paciente seleccione va a depender de la intensidad y duración de la enfermedad y de la interacción de otros factores como el apoyo social y de su propia experiencia personal, incluyendo factores emocionales y cognitivos.

7.3.3. Negación de la enfermedad

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento. La negación ha sido definida como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintivos y la realidad externa. El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otra causa.

Al inicio de la enfermedad, el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable, con consecuencias potenciales para su calidad de vida y su misma esperanza de vida. Esta situación induce respuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad que tiene diversas manifestaciones.

La negación reduce la respuesta al estrés, sin embargo tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad. Con relación a esto, encontramos que la negación de la enfermedad se asocia positivamente con el nivel de hemoglobina glucosilada. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento, que da paso a un control metabólico deficiente. Encontramos además, que la negación aumenta con los años desde el diagnóstico antes de los cinco años, pero la asociación desaparece en los años posteriores (Garay Sevilla, 1999). Esto indica que la desaparición de los síntomas que ocurre después de la instalación de la enfermedad, permite la aparición de este mecanismo de defensa, pero a largo plazo, las primeras evidencias de complicaciones, impiden sostener la negación.

VIII. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles son los pacientes diabéticos que presentan síntomas depresivos durante su hospitalización?
2. ¿Cuáles son los factores que influyen en los síntomas depresivos de los pacientes diabéticos durante su hospitalización?

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

El trabajo de investigación realizado en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe es un de estudio tipo exploratorio, pues existen muy pocos antecedentes previos de estudios sobre el tema.

Tiene características de un enfoque mixto en un diseño de dos etapas, esta modalidad posee dos variantes, la aplicada en nuestra investigación es un diseño de aplicación independiente con resultados que se complementan en base a una encuesta y una escala de depresión realizada con los pacientes del hospital.

El diseño es No Experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables, es decir, es una investigación donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes. Lo que se cumple en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

El diseño no experimental es de tipo transeccional porque la recolección de datos para la investigación se da en un momento único en el tiempo en relación al conjunto de variables, este abarco el segundo semestre del año 2012.

Los datos anteriores se basan en los criterios establecidos por Roberto Hernández Sampieri (Hernández Sampieri, 2006).

La población es igual a la muestra debido a que en la salas de estudio estos eran los únicos pacientes diabéticos por lo tanto es probabilística, en total es de 20 pacientes de sala de varones y mujeres del Hospital Regional Santiago de Jinotepe en salas de hospitalizados.

La muestra es de 20 pacientes.

a. Criterios de inclusión

- Pacientes diabéticos hospitalizados que quiera participar del estudio

- Ambos sexos
- Pacientes activos

b. Criterios de exclusión

- Pacientes que no quieran participar del estudio
- Pacientes menores de 16 años
- Pacientes inactivos

c. Instrumentos utilizados

i. Encuesta (Anexo No. 2)

Es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación.

Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigida a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadísticas en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos.

El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes de acuerdo a la naturaleza de la investigación.

ii. Cuestionario de depresión de Beck (Anexo No. 3)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y Cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 items para evaluar la gravedad o intensidad sintomática de la depresión, conteniendo cada item varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al

castellano y validada por Conde y Cols y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida.

En 1979 Beck y Colsdan dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz, siendo esta la más utilizada en la actualidad.

El Beck es un cuestionario autoaplicado de 21 items que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada item, que evalúan la gravedad y/o intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 items, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

X. MATRIZ DE DESCRIPTORES

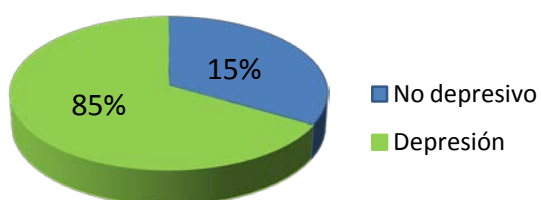
Objetivos Específicos	Preguntas Directrices	Preguntas Específicas	Instrumento de aplicación	Informante
Identificar pacientes diabéticos que presentan síntomas depresivos durante su hospitalización.	¿Cuáles son los pacientes diabéticos que presentan síntomas depresivos durante su hospitalización?	Ver anexo No. 3	Cuestionario de depresión de Beck	Pacientes de salas de varones y mujeres del Hospital Regional Santiago con expediente clínico con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
Conocer los factores que influyen en los síntomas depresivos de los pacientes diabéticos durante su hospitalización.	¿Cuáles son los factores que influyen en los síntomas depresivos de los pacientes diabéticos durante su hospitalización?	Ver anexo No. 2	Encuesta	Pacientes de salas de varones y mujeres del Hospital Regional Santiago con expediente clínico con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

XI. ANALISIS DE RESULTADOS

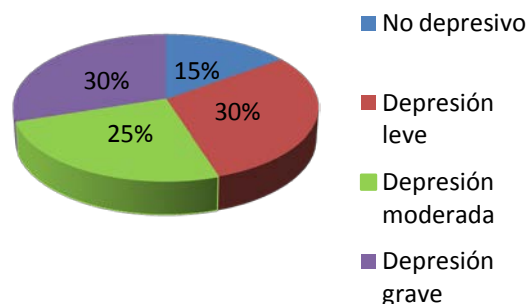
Los resultados del presente trabajo investigativo se obtuvieron gracias a los objetivos planteados.

El primer objetivo que se refiere a la identificación de pacientes diabéticos que presenten depresión durante su hospitalización y dio respuesta por medio de dos instrumentos fundamentales: 1. revisión del expediente clínico a partir de la cual se detectó a 20 pacientes diabéticos y 2. Aplicación del Inventario de depresión de Beck a estos pacientes para cumplir con la segunda parte del objetivo identificar cuántos de ellos presentaron depresión durante la hospitalización, para lograr la colaboración de los pacientes se les explico el objetivo del test y de la investigación y se les pidió su consentimiento, obteniendo como resultado que solo un 15% de los pacientes no presentan depresión y el restante 85% (Grafico 1) se divide en; 30% de los diabéticos presentan una depresión leve, 25% moderada y 30% grave (Grafico 2).

Resultados del Inventario de depresión de Beck



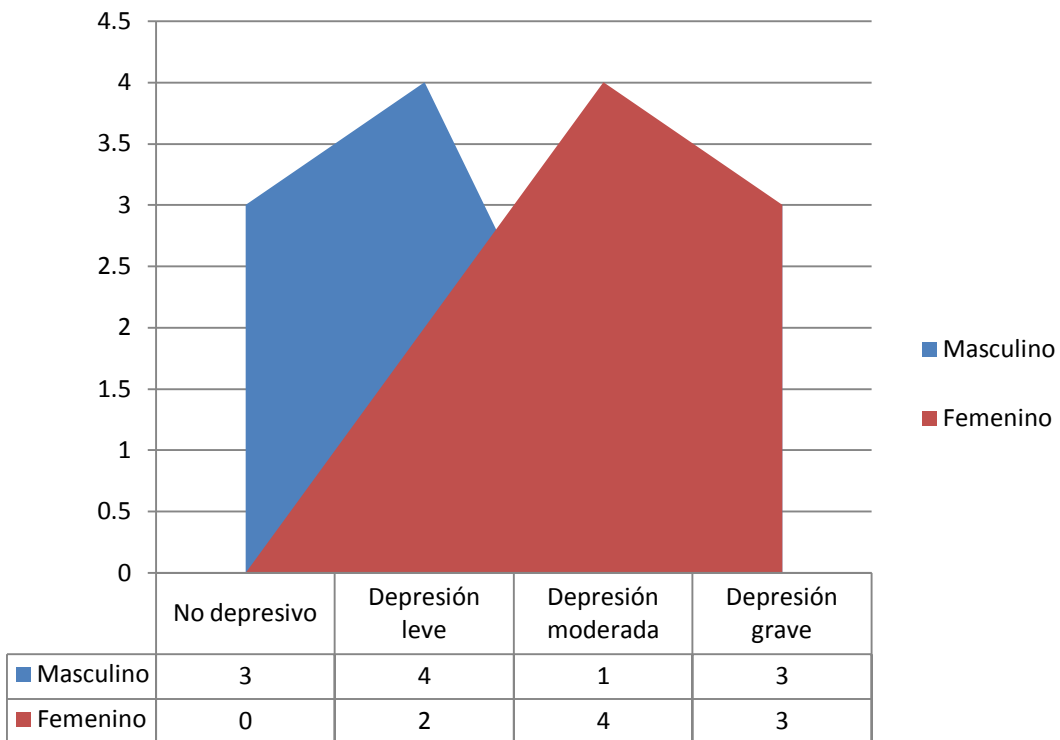
Resultados del Inventario de depresión de Beck



El segundo objetivo tenía como propósito conocer los factores que influyen en la depresión de los pacientes diabéticos durante su hospitalización. Al estudiar diferentes factores como: sexo, edad, procedencia, nivel sociocultural, edad en la que fue diagnosticado con diabetes, los días de hospitalización a la hora de la aplicación del cuestionario, numero de hospitalización en el último año, motivo de hospitalización, métodos de tratamiento y el rigor de la dieta utilizada.

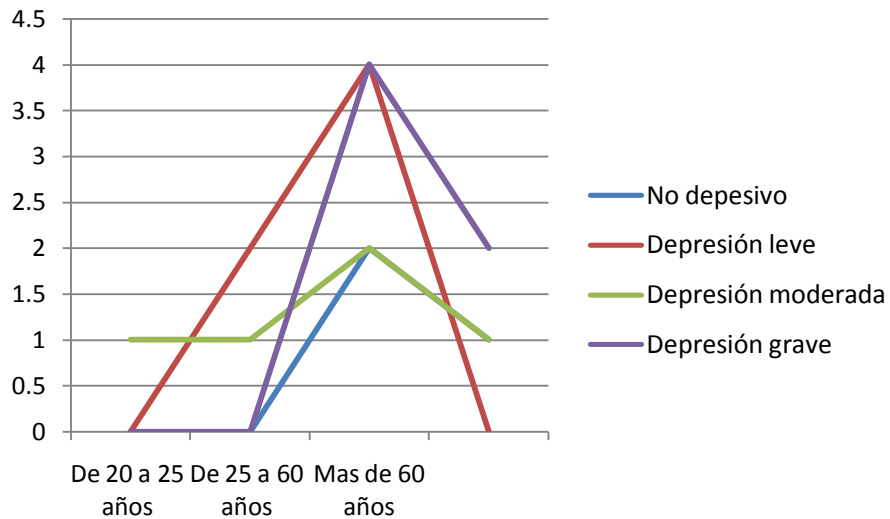
Las variables “sexo” y “resultados de escala de depresión de Beck” muestran que tanto hombres como mujeres se deprimen en un nivel grave por presentar diabetes y/o estar hospitalizados. Los otros niveles de depresión (moderada y leve) los sufren mayormente el sexo femenino, demostrando de esta manera que el sexo masculino lleva sus resultados a extremos, puesto pueden presentar una depresión grave o bien como se demuestra en los resultados los pacientes No depresivos son exclusivamente del sexo masculino (Tabla 2).

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL SEXO



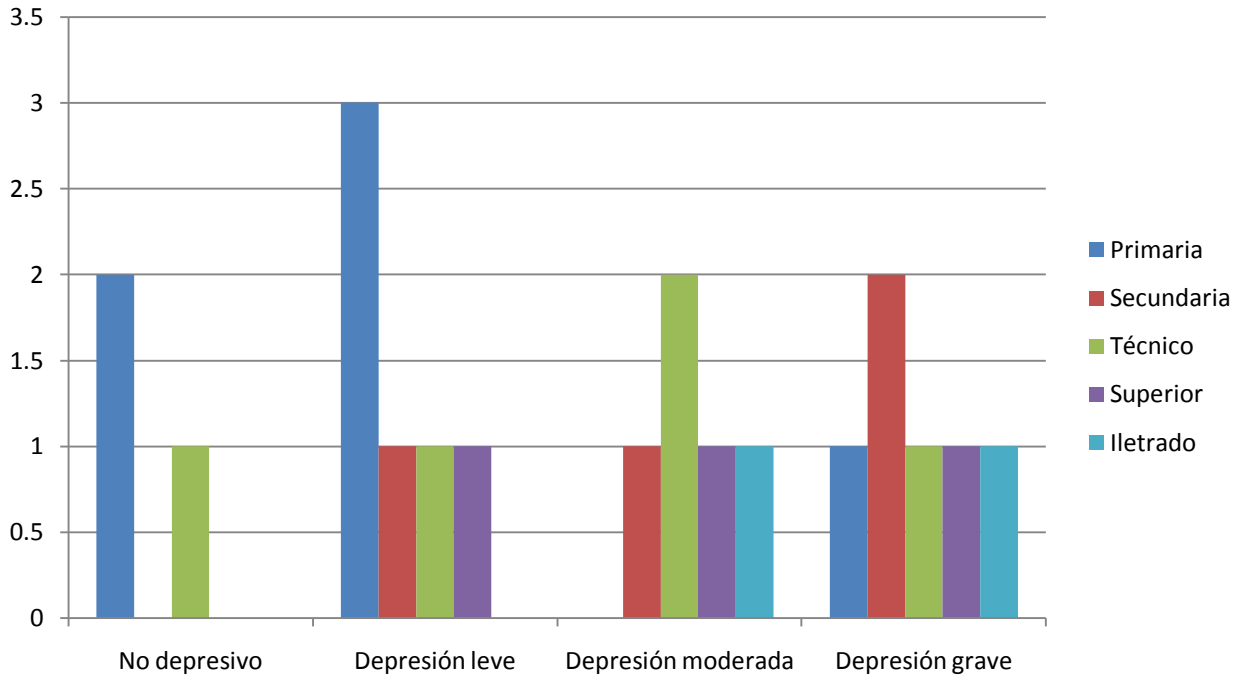
Las variables “edad” y resultados de escala de depresión de Beck” arrojan (Tabla 3) que no importa la edad para deprimirse cuando se padece diabetes.

DEPRESIÓN Y LA EDAD



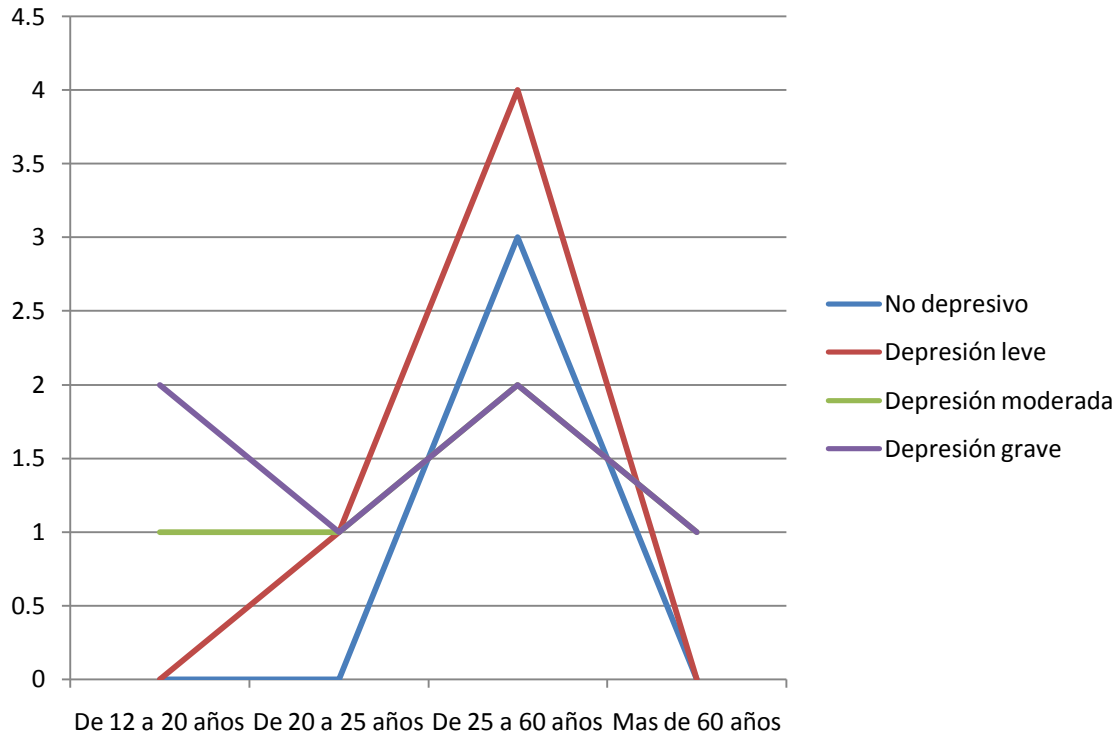
Las siguientes variables referentes a la “escolaridad” y “resultados de escala de depresión de Beck” tampoco muestran un factor determinante referente al estado depresivo del paciente pues aparentemente la diabetes y la depresión no distinguen preparación académica (Tabla 4).

DEPRESIÓN Y ESCOLARIDAD



Un paciente diabético puede deprimirse durante toda la evolución de la enfermedad o al momento de ser diagnosticado según la relación entre “resultados de escala de depresión de Beck” y la “edad en que fue diagnosticado con diabetes” (Tabla 5), es decir que la depresión puede aparecer en cualquier comento de la evolución del padecimiento.

DEPRESIÓN Y EDAD DE DIAGNOSTICO DE DIABETES



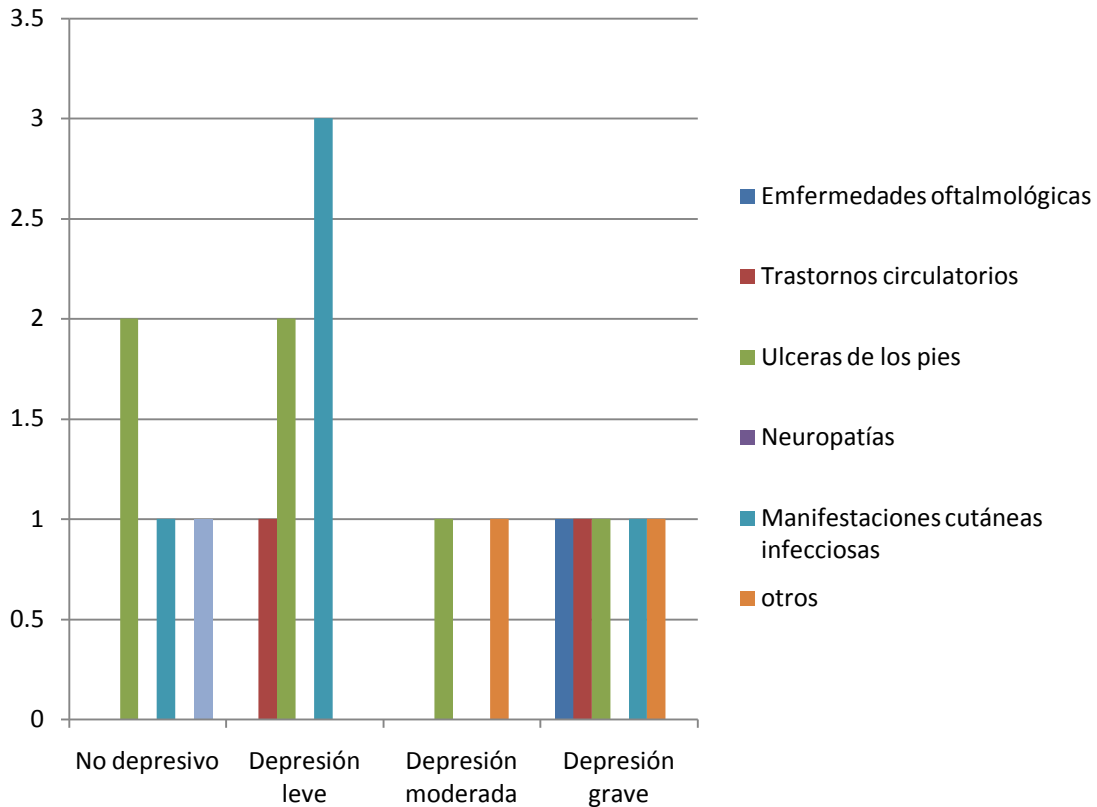
Ni los días de hospitalización, ni el número de hospitalizaciones en el último año son un factor que determine un estado depresivo en el paciente diabético (Tabla 6).

DEPRESIÓN Y LAS HOSPITALIZACIONES

		Case Number	Cuántas veces ha sido hospitalizado durante el último año	Cuántos días tiene de haber sido hospitalizado
No Depresivo	1	1	1-3	más de 7
	2	6	1-3	más de 7
	3	8	1-3	4-6
	Total N			3 3
Depresión Leve	1	4	1-3	más de 7
	2	11	1-3	4-6
	3	12	1-3	1-3
	4	15	1-3	4-6
	5	16	4-6	1-3
	6	18	1-3	más de 7
	Total N			6 6
Depresión Moderada	1	2	1-3	más de 7
	2	9	1-3	1-3
	3	10	1-3	4-6
	4	17	1-3	más de 7
	5	19	1-3	1-3
Total N			5 5	
Depresión Grave	1	3	1-3	4-6
	2	5	más de 7	4-6
	3	7	1-3	más de 7
	4	13	1-3	4-6
	5	14	1-3	1-3
	6	20	1-3	4-6
Total N			6 6	
Total	N		20	20

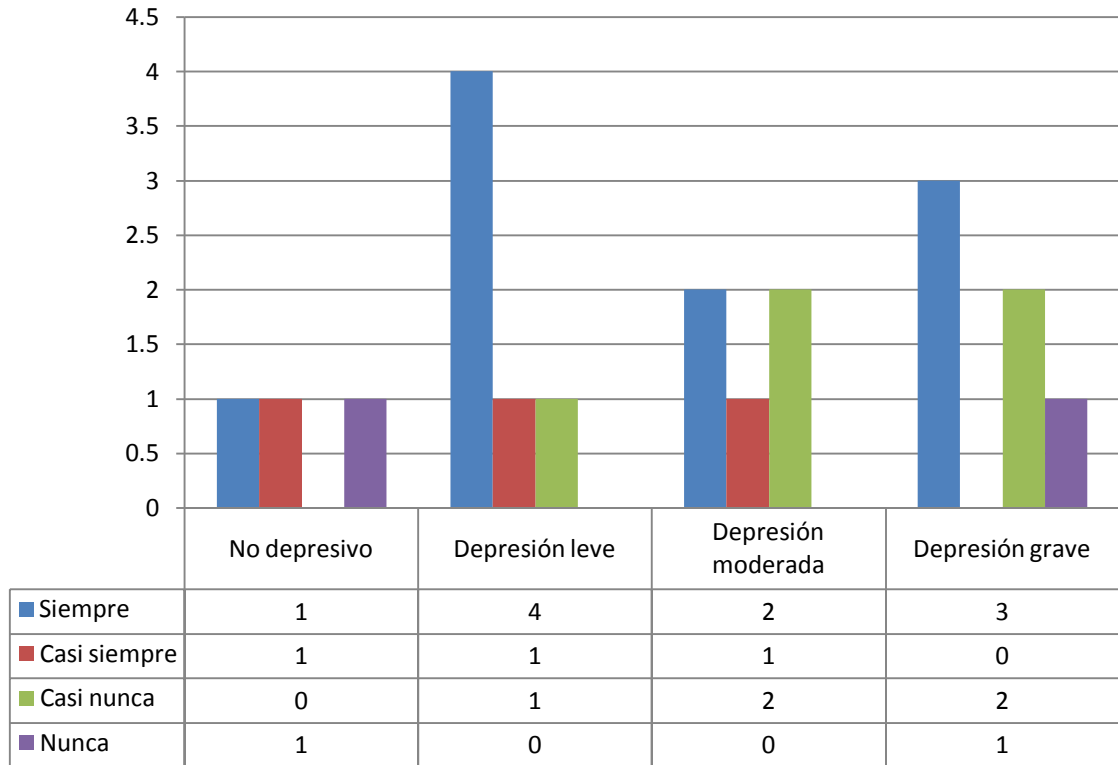
Se encontró que la depresión grave puede estar asociada a complicaciones cardíacas, úlceras en los pies y a problemas circulatorios (Tabla 7).

DEPRESIÓN Y MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN



El “uso de insulina” el cual es una de los factores más importantes en la vida del paciente diabético y el cual genera mayor cambio en este, al ser comparada con los “resultados de escala de depresión de Beck” no generó mayor significancia para el diagnóstico de depresión en dichos pacientes.

DEPRESIÓN Y EL USO DE INSULINA



XII. CONCLUSIONES

El 85% de los pacientes diabéticos de salas de medicina del Hospital Regional Santiago de Jinotepe presentan depresión durante su hospitalización en diferentes niveles de gravedad, siendo las mujeres las de mayor predisposición y los hombres los únicos que se encuentran ubicados en el diagnóstico de No depresivos.

Aunque existen muchos factores de importancia que están directamente relacionados con las diabetes muy pocos de ellos son el causante directo de la depresión en estos pacientes.

El factor de mayor influencia para que un paciente diabético desarrolle depresión son las posibles complicaciones médicas del mismo padecimiento.

Concluyendo así que el motivo de la depresión que experimenta el paciente diabético es la enfermedad como tal y las complicaciones que se derivan de la misma, desde el momento de ser diagnóstico o incluso años después.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Realizar evaluación psicológica a todo paciente con diabetes, que presente múltiples ingresos en cortos periodos de tiempo.
2. Abordar al paciente diabético de una manera integral; incluyendo los recursos médicos, de enfermería y psicología desde el momento del diagnóstico ya que es este el factor detonante del estado de ánimo del paciente crónico.
3. Promover entre los médicos de la institución la importancia de la salud mental.
4. Integrar de forma directa al departamento de psicología con el personal médico de especialistas para captar de mejor manera a requiera intervención psicológica.
5. Proponer un plan de atención psicológica a pacientes hospitalizados con diabetes (Anexo 5).

XIV. BIBLIOGRAFÍA

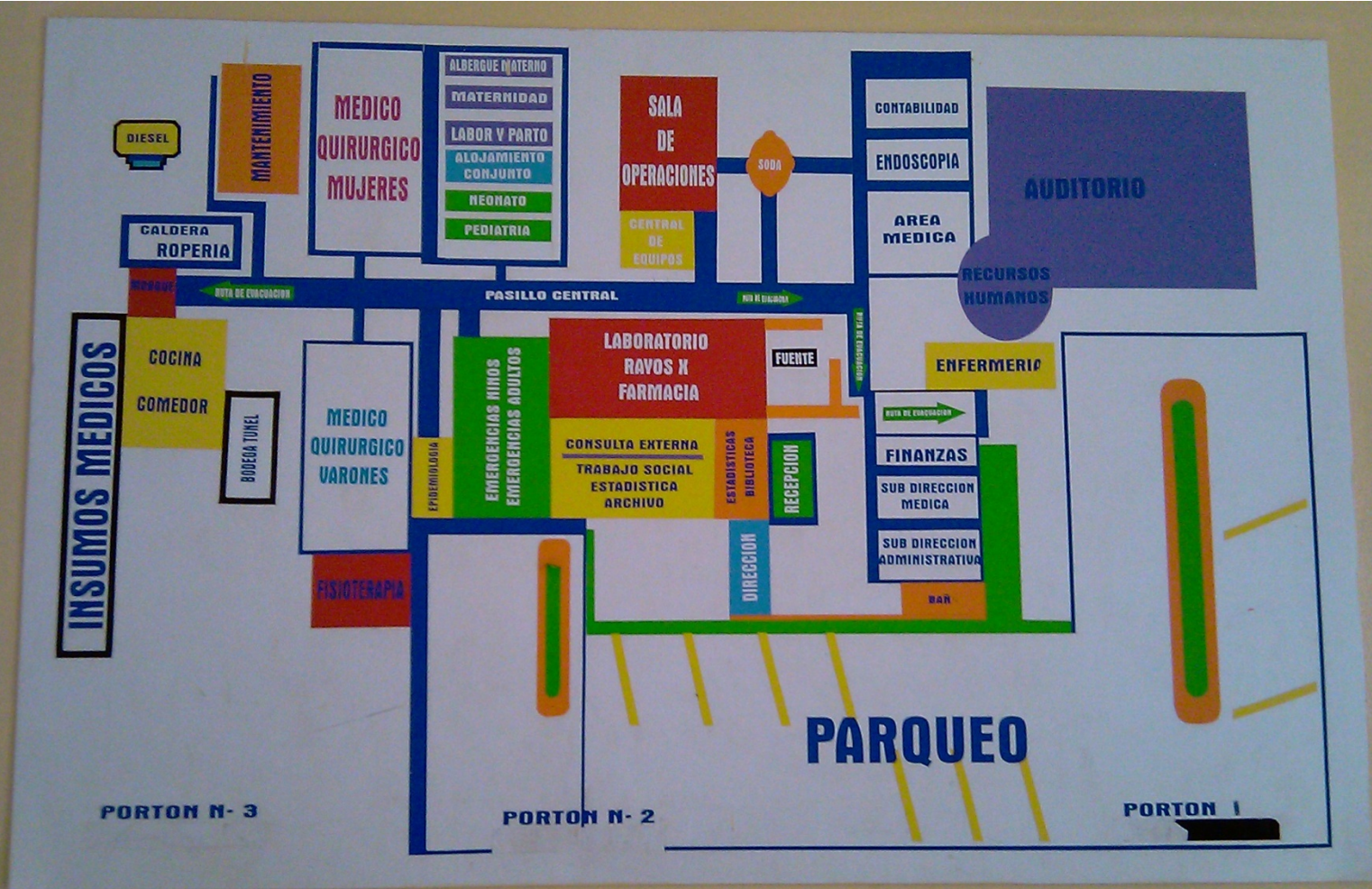
1. Aguaya, I. M. (Diciembre de 2007). *Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas*. Quito, Ecuador: USFQ.
2. Anastasio, D. L. (Febrero de 2006). Depresión no diagnosticada en pacientes diabéticos e hipertensos. Nezahualcoyotl, Mexico.
3. Davey, C., & Allen, N. Intervenciones psicológicas frente a los primeros episodios de depresión: ¿una oportunidad única para modificar la evolución de la depresión a lo largo de la vida? En *Los trastornos depresivos* (pág. 150). Madrid: EISEVIER MASSON.
4. Dickinson and Company. (s.f.). *Diagnóstico de la diabetes*. Recuperado el 2012 de Noviembre de 08, de <http://www.bd.com/mexico/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=3279>
5. Garay Sevilla, E. (1999). *El mundo emocional del paciente diabético*. Recuperado el 2012 de Septiembre de 11, de http://octi.guanajuato.gob.mx/octigto/formularios/ideasConcyteg/Archivos/03022_006_MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf
6. Hernández Sampieri, R. y. (2006). Metodología de la investigación. *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
7. Ignacio, C. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la Diabetes Mellitus. *Puesta la día. Diabetes y enfermedades cardiovasculares*, 118.
8. Irwin, S. G. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Mexico: PEARSON EDUCACION.
9. Jiménez Rodrigo, García Luis, López José, Macías Ana, Utrilla Manuel, Madariaga Jaime. (1999). *Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna*. Mexico.
10. Lauro José . (2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica del IMSS*, 379 - 385.
11. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. En *DSM IV-TR* (pág. 412). España: MASSON, S.A.

12. Portilla Lilia, R. M. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo . *Revista Latinoamericana de Psicología* , 199 - 205.
13. Rocca Francisco, P. J. (1963). *Diabetes Mellitus*. Uruguay: Departamento de Publicaciones del SMU.
14. Rodríguez, J. A. (30 de Enero de 2011). *Depresión y diabetes* . Recuperado el 03 de Noviembre de 2012, de http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2011/01/30/198605.php
15. *Wikipedia*. (s.f.). Recuperado el 29 de agosto de 2012, de Wikipedia: <http://es.m.wikipedia.org/wiki/Depresion>

ANEXOS

ANEXO 1

ESQUEMA DE LA INFRAESTRUCTURA
DEL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO
DE JINOTEPE



ANEXO 2

**ENCUESTA APLICADA A PACIENTES
HOSPITALIZADOS**

Encuesta

La siguiente encuesta es realizada a pacientes diabéticos hospitalizados en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe con el fin de aportar información para trabajo investigativo sobre Incidencia de la Depresión en pacientes Diabéticos hospitalizados en dicha institución que realizan estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua del FAREM – Carazo.

Paciente:

Sexo:

1. **Edad:** 0-6 6-12 12-20 20-25 25-60 +60

2. **Municipio:** Jinotepe Diriamba San Marcos Dolores
El Rosario Santa Teresa La Paz La Conquista Otro

3. Su **barrio de residencia está ubicada en el área:** Rural Urbana

4. **Escolaridad:** Iltrado Primaria Secundaria Técnico Superior

5. **Edad en que fue diagnosticado con diabetes:**

0-6 6-12 12-20 20-25 25-60 +60

6. **¿Cuál fue el motivo de su hospitalización?**

Enfermedades oftalmológicas Trastornos circulatorios Ulceras de los pies
Neuropatías Manifestaciones cutáneas infecciosas otros

7. **¿Cuántas veces ha sido hospitalizado durante el último año?**

1-3 4-6 +7

8. **¿Cuántos días tiene de haber sido hospitalizado?**

1-3 4-6 +7

9. **¿Cuáles han sido sus síntomas durante esta última crisis?**

Poliuria Debilidad o fatiga Polifagia con pérdida de peso
Visión borrosa recurrente Neuropatía periférica Enuresis nocturna
Polidipsia A menudo asintomático Otro

10. **De los siguientes métodos terapéuticos, señale su frecuencia de uso:**

Hipoglicemiantes orales: Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca
Insulina: Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca
Dieta: Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

11. **¿Cómo considera su rigor en cuanto a la dieta orientada por su médico?**

Estricta Moderada No la acata

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Cuestionario de depresión de Beck

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad
 - No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
 - He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - Me intereso por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
 - Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
 - Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - Me siento feo y repulsivo
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
 - Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
 - Duermo tan bien como antes
 - Me despierto más cansado por la mañana
 - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
 - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
 - Me canso más fácilmente que antes
 - Cualquier cosa que hago me fatiga
 - No me canso más de lo normal
 - Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
 - He perdido totalmente el apetito
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho menor
 - Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
 - No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2,5 kg
 - He perdido más de 5 kg
 - He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
 - Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 - Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - No me preocupa mi salud más de lo normal
 - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - He perdido todo mi interés por el sexo
 - Apenas me siento atraído sexualmente
 - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANEXO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Grafico 1

Resultados del Inventario de depresión de Beck

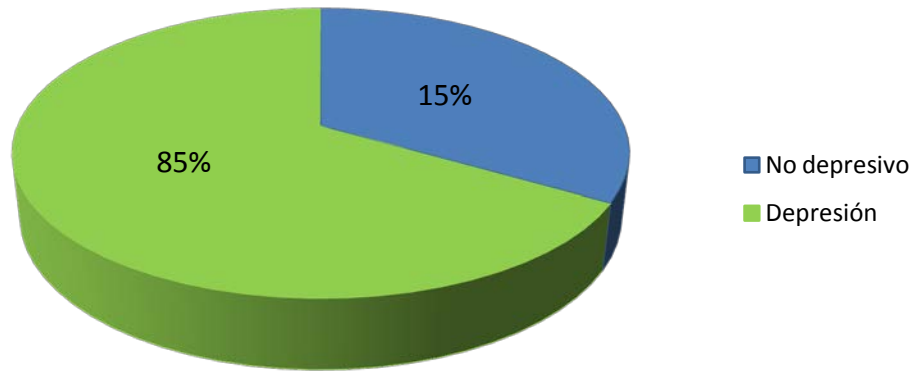


Grafico 2

Resultados del Inventario de depresión de Beck

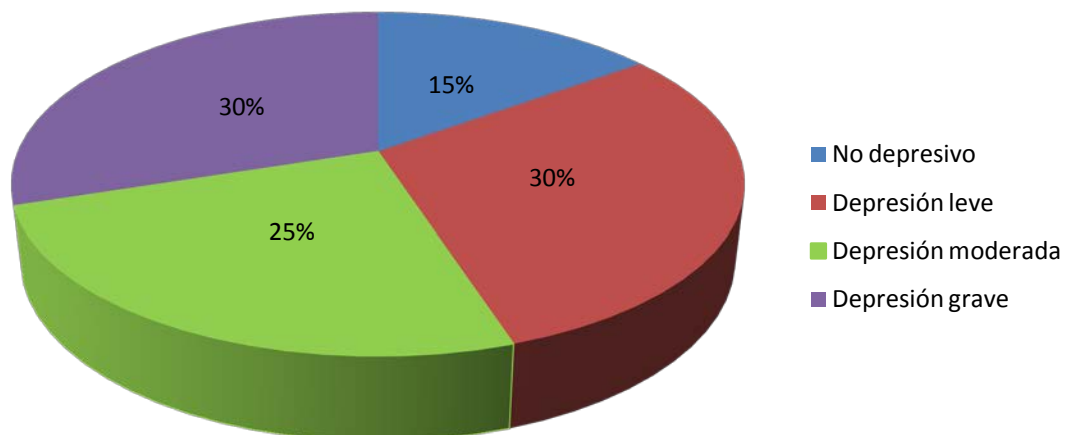


Tabla 1

ASPECTOS GENERALES DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS

Datos del Paciente / Nivel de Depresión		Número de caso	Sexo	Edad	Escolaridad	Edad de Diagnóstico	
Municipio	Jinotepe	1	8	masculino	mas de 60 años	Técnico	de 25 a 60 años
		2	10	femenino	de 20 a 25 años	Secundaria	de 20 a 25 años
		3	12	masculino	de 20 a 25 años	Técnico	de 20 a 25 años
		Total	N	3	3	3	3
	Diriamba	1	3	femenino	de 25 a 60 años	Secundaria	de 12 a 20 años
		2	4	masculino	de 25 a 60 años	Primaria	de 25 a 60 años
		3	14	femenino	de 20 a 25 años	Técnico	de 12 a 20 años
		4	17	masculino	de 25 a 60 años	Técnico	de 20 a 25 años
		Total	N	4	4	4	4
	San Marcos	1	9	femenino	de 12 a 20 años	Técnico	de 12 a 20 años
		2	18	femenino	de 25 a 60 años	Primaria	de 25 a 60 años
		Total	N	2	2	2	2
	Dolores	1	19	femenino	de 25 a 60 años	Superior	de 25 a 60 años
		Total	N	1	1	1	1
	La Paz	1	6	masculino	de 25 a 60 años	Primaria	de 25 a 60 años
		2	13	masculino	de 25 a 60 años	Superior	de 20 a 25 años
		Total	N	2	2	2	2
	El Rosario	1	11	masculino	de 25 a 60 años	Secundaria	de 25 a 60 años
		2	15	femenino	de 25 a 60 años	Superior	de 25 a 60 años
		Total	N	2	2	2	2

	Santa Teresa	1	2	femenino	mas de 60 años	lletrado	mas de 60 años	
		2	16	masculino	de 20 a 25 años	Primaria	de 12 a 20 años	
		Total			2	2	2	2
	La Conquista	1	20	masculino	de 25 a 60 años	Primaria	de 25 a 60 años	
		Total			1	1	1	1
		1	1	masculino	de 25 a 60 años	Primaria	de 25 a 60 años	
	Otro	2	5	masculino	mas de 60 años	Secundaria	de 25 a 60 años	
		3	7	femenino	mas de 60 años	lletrado	mas de 60 años	
		Total			3	3	3	3
	Total	<i>N</i>			<i>20</i>	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>20</i>

Tabla 2

NIVEL DE DEPRESION SEGUN EL SEXO

			Sexo	
Resultado de Cuestionario de depresión de Beck	No Depresivo	1	masculino	
		2	masculino	
		3	masculino	
		Total	N	3
	Depresión Leve	1	masculino	
		2	masculino	
		3	masculino	
		4	femenino	
		5	masculino	
		6	femenino	
		Total	N	6
	Depresión Moderada	1	femenino	
		2	femenino	
		3	femenino	
		4	masculino	
		5	femenino	
		Total	N	5
	Depresión Grave	1	femenino	
		2	masculino	
		3	femenino	
4		masculino		
5		femenino		
6		masculino		
	Total	N	6	
	Total	N	20	

Tabla 3

DEPRESIÓN Y EDAD

		Edad		
Resultado de Cuestionario de depresión de Beck	No Depresivo	1	de 25 a 60 años	
		2	de 25 a 60 años	
		3	mas de 60 años	
		Total	N	3
	Depresión Leve	1	de 25 a 60 años	
		2	de 25 a 60 años	
		3	de 20 a 25 años	
		4	de 25 a 60 años	
		5	de 20 a 25 años	
		6	de 25 a 60 años	
		Total	N	6
	Depresión Moderada	1	mas de 60 años	
		2	de 12 a 20 años	
		3	de 20 a 25 años	
		4	de 25 a 60 años	
		5	de 25 a 60 años	
		Total	N	5
	Depresión Grave	1	de 25 a 60 años	
2		mas de 60 años		
3		mas de 60 años		
4		de 25 a 60 años		
5		de 20 a 25 años		
6		de 25 a 60 años		
	Total	N	6	
	Total	N	20	

Tabla 4

DEPRESIÓN Y ESCOLARIDAD

				Escolaridad
Resultado de Cuestionario de depresión de Beck	No Depresivo	1		Primaria
		2		Primaria
		3		Técnico
		Total	N	3
	Depresión Leve	1		Primaria
		2		Secundaria
		3		Técnico
		4		Superior
		5		Primaria
		6		Primaria
		Total	N	6
	Depresión Moderada	1		Iltrado
		2		Técnico
		3		Secundaria
		4		Técnico
5			Superior	
	Total	N	5	
Depresión Grave	1		Secundaria	
	2		Secundaria	
	3		Iltrado	
	4		Superior	
	5		Técnico	
	6		Primaria	
	Total	N	6	
Total	N		20	

Tabla 5

DEPRESIÓN Y EDAD DEL DIAGNOSTICO DE DIABETES

		Edad en que fue diagnosticado con diabetes	
Resultado de Cuestionario de depresión de Beck	No Depresivo	1	de 25 a 60 años
		2	de 25 a 60 años
		3	de 25 a 60 años
		Total	N
	Depresión Leve	1	de 25 a 60 años
		2	de 25 a 60 años
		3	de 20 a 25 años
		4	de 25 a 60 años
		5	de 12 a 20 años
		6	de 25 a 60 años
	Total	N	6
	Depresión Moderada	1	mas de 60 años
		2	de 12 a 20 años
		3	de 20 a 25 años
		4	de 20 a 25 años
5		de 25 a 60 años	
Total	N	5	
Depresión Grave	1	de 12 a 20 años	
	2	de 25 a 60 años	
	3	mas de 60 años	
	4	de 20 a 25 años	
	5	de 12 a 20 años	
	6	de 25 a 60 años	
Total	N	6	
Total	N	20	

Tabla 6

DEPRESIÓN Y HOSPITALIZACIONES

		Cuántas veces ha sido hospitalizado durante el último año	Cuántos días tiene de haber sido hospitalizado		
Resultado de Cuestionario de depresión de Beck	No Depresivo	1	1-3	más de 7	
		2	1-3	más de 7	
		3	1-3	4-6	
		Total	N	3	3
	Depresión Leve	1	1-3	más de 7	
		2	1-3	4-6	
		3	1-3	1-3	
		4	1-3	4-6	
		5	4-6	1-3	
		6	1-3	más de 7	
	Total	N	6	6	
Depresión Moderada		1	1-3	más de 7	
		2	1-3	1-3	
		3	1-3	4-6	
		4	1-3	más de 7	
		5	1-3	1-3	
		Total	N	5	5
	Depresión Grave		1	1-3	4-6
		2	más de 7	4-6	
		3	1-3	más de 7	
		4	1-3	4-6	
		5	1-3	1-3	
		6	1-3	4-6	
		Total	N	6	6
Total	N		20	20	

Tabla 7

DEPRESIÓN Y MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

		Cual fue el motivo de su hospitalización	
No Depresivo	1		Ulceras de los pies
	2		Ulceras de los pies
	3		Manifestaciones cutáneas infecciosas
	Total	N	3
Depresión Leve	1		Manifestaciones cutáneas infecciosas
	2		Ulceras de los pies
	3		Trastornos circulatorios
	4		Manifestaciones cutáneas infecciosas
	5		Manifestaciones cutáneas infecciosas
	6		Ulceras de los pies
Total	N	6	
Depresión Moderada	1		Otro
	2		Otro
	3		Otro
	4		Ulceras de los pies
	5		Cardiopatía
	Total	N	5
Depresión Grave	1		Enfermedades oftalmológicas
	2		Manifestaciones cutáneas infecciosas
	3		Cardiopatía
	4		Ulceras de los pies
	5		Trastornos circulatorios
	6		Otro
Total	N	6	
Total	N	20	

Tabla 8

DEPRESIÓN Y EL USO DE INSULINA

		Con que frecuencia utiliza el métodos terapéuticos Insulina	
Resultado de Cuestionario de depresión de Beck	No Depresivo	1	Casi Nunca
		2	Siempre
		3	Nunca
		Total	N
	Depresión Leve	1	Siempre
		2	Siempre
		3	Casi Nunca
		4	Siempre
		5	Siempre
		6	Casi siempre
	Total	N	6
	Depresión Moderada	1	Casi siempre
		2	Casi Nunca
		3	Casi Nunca
		4	Siempre
5		Siempre	
Total		N	5
Depresión Grave	1	Casi Nunca	
	2	Casi Nunca	
	3	Siempre	
	4	Siempre	
	5	Nunca	
	6	Siempre	
Total	N	6	
Total	N	20	

ANEXO 5

PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL
PACIENTE DIABÉTICO

Propuesta de atención integral a pacientes diabéticos que asisten al Hospital Regional Santiago de Jinotepe

<i>Objetivo general</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Tareas específicas</i>
1. Brindar atención integral a pacientes diabéticos que asisten al Hospital Regional Santiago de Jinotepe. 2. Promover una mejor calidad de vida en los pacientes diabéticos que asisten al Hospital Regional Santiago de Jinotepe	Concientizar y dar a conocer al personal médico y de enfermería de las salas de medicina interna sobre la importancia de la atención psicológica en pacientes diabéticos debido a las implicaciones emocionales de la enfermedad.	Organización en conjunto con el responsable de las docencias en el Hospital y el departamento de psicología charlas matutinas sobre temas que concienticen al personal médico y de enfermería sobre las complicaciones del paciente diabético y las repercusiones psicológicas de las mismas.	1. Establecer un calendario de temáticas a tratar.
	Organizar una Clínica especializada en la salud integral del paciente diabético.	Presentación del plan de atención integral al Director del HRSJ para su debida aprobación.	1. Discutir con el director de la institución acerca de espacios físicos posibles para la organización de la Clínica del paciente diabético. 2. Recomendar la inclusión de recursos necesarios para la clínica del paciente diabético dentro del presupuesto anual del hospital para los próximos años. 3. Sugerir la asignación de recursos humanos existentes en el hospital y necesarios para la atención que se brindará en la clínica en diferentes especialidades tales como: nutrición, trabajo

			social, endocrinología, nefrología, dermatología, entre otras
			4. Asignación de mobiliario y material de oficina a utilizar en la clínica.
		Planificación de las actividades a realizar en la clínica de atención integral al paciente diabético de tal manera que no se sobrecargue al personal médico y enfermería.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificar reunión de equipo multidisciplinario a fin dar a conocer las actividades de la clínica y las funciones que desempeñará cada profesional de la salud en ella. 2. Ejecutar el plan de atención integral a pacientes diabéticos

Criterio de inclusión a la consulta externa del área de psicología

* Que sea de conocimiento médico que el paciente que ha presentado 3 o más hospitalizaciones en un año debido a complicaciones de salud propias de la enfermedad deberán pasar por consulta psicológica para evaluar su estado emocional y brindar orientación al paciente y familiares sobre cómo evitar hospitalizaciones o sobrellevarlas en su vida cotidiana.

Para la ejecución de la Clínica del paciente diabético se dividirán las tareas en dos directrices: la atención multidisciplinaria y la atención psicológica individual.

La primera dará respuesta al paciente diabético en sus diferentes áreas de interés, brindándole orientación y conocimiento para saber sobre llevar la enfermedad y sus complicaciones medicas; físicas y psicológicas, las actividades se realizaran de manera grupal estableciendo un calendario de actividades a realizar entre las que se encuentran:

- Charlas que permitirán brindar información de forma sencilla acerca de un tema en particular.
- Talleres vivenciales para compartir experiencias vividas entre los participantes, además de contener elementos dinámicos que lo hacen recreativo y al mismo tiempo un espacio para el aprendizaje de situaciones vivenciadas entres sus miembros.
- Terapias de grupo que permiten incidir en un problema específico que es compartido por el grupo haciendo uso de técnicas psicoterapéuticas grupales. Los individuos miembros del grupo deben compartir una misma situación problemática y se deben de seleccionar principalmente bajo este criterio, además deben cumplir ciertas reglas como el sigilo entre ellos mismos de todo lo expresado en cada sesión.

En las primeras dos técnicas mencionadas se incluirá la participación de los familiares que deseen asistir, esto con el propósito de ayudar al paciente a mejorar la relación entre ellos al tener mayor y mejor conocimiento de las complicaciones existentes en la diabetes y las técnicas para sobrellevarlas.

La atención psicológica tiene como propósito el brindar al paciente el apoyo emocional que necesita de forma individual, pues los pacientes diabéticos con cierta frecuencia presentan depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia.

Para recibir la atención psicológica que se brindara en la clínica se deberá cumplir con el siguiente criterio diagnóstico:

Criterio de inclusión a la consulta externa del área de psicología

* Que sea de conocimiento médico que el paciente que ha presentado 3 o más hospitalizaciones en un año debido a complicaciones de salud propias de la enfermedad deberán pasar por consulta psicológica para evaluar su estado emocional y brindar orientación al paciente y familiares sobre cómo evitar hospitalizaciones o sobrellevarlas en su vida cotidiana.

El departamento responsable de la realización de las actividades y del cumplimiento de los objetivos de la clínica deberá de ser Psicología.



A continuación se presentan las actividades específicas a realizarse para al menos los primeros 6 meses posteriores a la apertura de la misma en las 2 directrices antes mencionadas:

Cuadro de planificación de actividades multidisciplinarias

Fecha		Objetivos	Actividades	Posibles temáticas a abordar	Responsable	Duración	Local			
er mes	1er a quincena	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar al paciente diabético los conocimientos elementales sobre su enfermedad, sus causas, manifestaciones, signos de agravación y del comienzo de acidosis; que también tengan nociones claras de dietética adecuada para su condición. • Difundir conocimientos básicos entre los diabéticos y sus familiares, que los capaciten para la realización correcta y el control del tratamiento. • Consejos higiénicos sobre el cuidado de los pies y la manera de evitar las infecciones disminuyen la frecuencia de éstas y de su consecuencia más grave, la gangrena. • Crear una conciencia sanitaria (deberes que cada uno tiene en el cuidado de su enfermedad). • Reforzar la autoestima de los pacientes diabéticos para lograr mayor aceptación de la enfermedad y mejoría es su estado emocional. • Incluir a los familiares activamente en el cuidado que debe tener el paciente diabético en casa para una convivencia sana. 	Charlas	Pie diabético	Diabetólogo	1 hora	Auditorio			
	2da quincena		Taller vivencial	Autoestima	Psicóloga	3 horas	Auditorio			
do mes	1er a quincena		<ul style="list-style-type: none"> • Brindar al paciente diabético los conocimientos elementales sobre su enfermedad, sus causas, manifestaciones, signos de agravación y del comienzo de acidosis; que también tengan nociones claras de dietética adecuada para su condición. • Difundir conocimientos básicos entre los diabéticos y sus familiares, que los capaciten para la realización correcta y el control del tratamiento. • Consejos higiénicos sobre el cuidado de los pies y la manera de evitar las infecciones disminuyen la frecuencia de éstas y de su consecuencia más grave, la gangrena. • Crear una conciencia sanitaria (deberes que cada uno tiene en el cuidado de su enfermedad). • Reforzar la autoestima de los pacientes diabéticos para lograr mayor aceptación de la enfermedad y mejoría es su estado emocional. • Incluir a los familiares activamente en el cuidado que debe tener el paciente diabético en casa para una convivencia sana. 	Charla	El diabético y la familia	Trabajadora social	1 hora	Auditorio		
	2da quincena			Terapia de grupo	Dificultades de adaptación ante el diagnóstico	Psicóloga	4 horas	Clínica del diabético		
er mes	1er a quincena			<ul style="list-style-type: none"> • Brindar al paciente diabético los conocimientos elementales sobre su enfermedad, sus causas, manifestaciones, signos de agravación y del comienzo de acidosis; que también tengan nociones claras de dietética adecuada para su condición. • Difundir conocimientos básicos entre los diabéticos y sus familiares, que los capaciten para la realización correcta y el control del tratamiento. • Consejos higiénicos sobre el cuidado de los pies y la manera de evitar las infecciones disminuyen la frecuencia de éstas y de su consecuencia más grave, la gangrena. • Crear una conciencia sanitaria (deberes que cada uno tiene en el cuidado de su enfermedad). • Reforzar la autoestima de los pacientes diabéticos para lograr mayor aceptación de la enfermedad y mejoría es su estado emocional. • Incluir a los familiares activamente en el cuidado que debe tener el paciente diabético en casa para una convivencia sana. 	Charla	Alimentación del diabético	Nutricionista	1 hora	Auditorio	
	2da quincena				Charla	Control de auto-administración de medicamentos (aplicación de insulina) y manejo de glucómetro.	Enfermería	1 hora	Auditorio	
to mes	1er a quincena				<ul style="list-style-type: none"> • Brindar al paciente diabético los conocimientos elementales sobre su enfermedad, sus causas, manifestaciones, signos de agravación y del comienzo de acidosis; que también tengan nociones claras de dietética adecuada para su condición. • Difundir conocimientos básicos entre los diabéticos y sus familiares, que los capaciten para la realización correcta y el control del tratamiento. • Consejos higiénicos sobre el cuidado de los pies y la manera de evitar las infecciones disminuyen la frecuencia de éstas y de su consecuencia más grave, la gangrena. • Crear una conciencia sanitaria (deberes que cada uno tiene en el cuidado de su enfermedad). • Reforzar la autoestima de los pacientes diabéticos para lograr mayor aceptación de la enfermedad y mejoría es su estado emocional. • Incluir a los familiares activamente en el cuidado que debe tener el paciente diabético en casa para una convivencia sana. 	Charla	Nefropatología diabética	Nefrólogo	1 hora	Auditorio

to mes	2da quincena		Taller vivencial	Auto-cuido	Psicología	3 horas	Auditorio
	1er a quincena		Charla	Manifestaciones cutáneas infecciosas	Dermatología	1 hora	Auditorio
2da quincena	Terapia de grupo		Depresión en el paciente diabético	Psicología	4 horas	Clínica del diabético	
to mes	1er a quincena		Charla	Trastornos circulatorios	Diabetólogo	1 hora	Auditorio
	2da quincena		Taller vivencia	Taller familiar para el convivir diario	Psicología	3 horas	Auditorio

Cuadro de planificación de terapias individuales

<i>Terapia</i>	<i>Objetivo de la terapia</i>	<i>Técnicas</i>
<p> Terapia cognitiva</p>	<p>Busca ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento (Rush y Beck, 1978). Se hace énfasis en que el paciente reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayuda a revalorar sus creencias negativas; además, la terapia se enfoca a examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programas de actividad ✓ Clasificación y ejecución de actividades placenteras ✓ Entrenamiento asertivo ✓ Juego de roles con el fin de atacar la pérdida de la motivación del paciente, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas.
<p> Terapia conductual</p>	<p>La terapia consistirá en enseñar al paciente a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que les provocan respuestas inadaptadas, bien sea con un desaprendizaje o extinción de la conducta inadecuada, bien sea aprendiendo un comportamiento más adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las técnicas del condicionamiento clásico son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La asociación de estímulos y la conducta refleja. ▪ La desensibilización sistemática. ▪ La imaginación emotiva. ✓ Las técnicas del condicionamiento operante son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El refuerzo positivo. ▪ El refuerzo negativo. ▪ El castigo. ▪ La extinción. ▪ El autocontrol. ▪ La retroalimentación.

