

# DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DE POBLACIÓN RURAL EN YUCATÁN

**Aurora Sierra Canto**  
*Universidad Autónoma de Yucatán*  
[aosierra@gmail.com](mailto:aosierra@gmail.com)

**Janet Carolina Negrón Espadas**  
*Universidad Autónoma de Yucatán*  
[janet.negron@correo.uady.mx](mailto:janet.negron@correo.uady.mx)

**Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar**  
*Universidad Autónoma de Yucatán*  
[patricia.gomez246@gmail.com](mailto:patricia.gomez246@gmail.com)

**Antonio Vicente Yam Sosa**  
*Universidad Autónoma de Yucatán*  
[antonio.yam@correo.uady.mx](mailto:antonio.yam@correo.uady.mx)

## Resumen

El presente estudio tiene la finalidad de describir los síntomas depresivos de las personas que viven con diabetes tipo 2 en una comunidad rural del estado de Yucatán. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo transversal, con una muestra estratificada integrada por 166 personas registradas con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 (DT2). Los resultados arrojados resaltan nueve síntomas depresivos en la población de estudio. El llanto, pérdida del interés en el sexo, agitación, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, cansancio, pérdida de energía y tristeza; son síntomas en los que se puede intervenir oportunamente para mejorar el control de la enfermedad. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario de depresión de Beck, eficaz para la valoración de los síntomas depresivos. Es de fácil manejo e interpretación, y su desarrollo y validación son rigurosos y completos.

**Palabras Clave:** Diabetes, depresión, síntomas.

## Abstract

This study aims to describe the depressive symptoms of people living with type 2 diabetes in a rural community in the state of Yucatan. The study is quantitative, descriptive cross, with a stratified sample composed of 166 registered persons diagnosed with Type 2 Diabetes (T2D). Thrown results highlight nine depressive symptoms in the study population. Crying, loss of interest in sex, agitation, changes in sleep patterns, irritability, changes in appetite, fatigue, loss of energy and sadness; are symptoms that can intervene in time to improve control of the disease. The instrument used was the Beck Depression questionnaire, effective for assessing depressive symptoms. It is easy to use and interpretation, and development and validation are rigorous and complete.

## Introducción

La depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%, con lo que contribuye de manera significativa a las principales causas de discapacidad. Representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables (Kessler, Sampson, Berglund, Gruber, Al-Hamzawi, Andrade, Bunting, Demyttenaere, Florescu, de Girolamo, Gureje, He, Hu, Huang, Karam, Kovess-Masfety, Lee, Levinson, Medina Mora, Moskalewicz, Nakamura, Navarro-Mateu, Browne, Piazza, Posada-Villa, Slade, Ten Have, Torres, Vilagut, Xavier, Zarkov, Shahly, y Wilcox, 2015).

En México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además, tiene una alta co-ocurrencia con otros trastornos y enfermedades, como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las cardiopatías (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Muchos estudios están dirigidos a medir la depresión y sus asociaciones con otras enfermedades, como lo es la diabetes por mencionar una. Esta relación depresión y diabetes ha sido bastante estudiada, el 63% de pacientes con alguna sintomatología depresiva, la cual genera disminución en sus prácticas de autocuidado y deficiente atención en su salud, asociada con baja adherencia al tratamiento, mal control glucémico y riesgo de presentar complicaciones (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013); (Wagner et al, 2012); (Mori y Caballero, 2010); (Fabián San Miguel, García Sancho y Cobo Abreu, 2010); (Colunga, García, Salazar & Ángel, 2008).

Existen algunos estudios que tratan de describir e identificar las características o síntomas que presentan las personas que viven con el trastorno, por ejemplo, Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas e Irigoyen-Coria (2012), concluyeron que las personas con diabetes tipo 2, generalmente manifiestan el estado afectivo depresivo con los síntomas de tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio, además en el 60 % de los pacientes coexiste la depresión con ansiedad.

El pronóstico para las personas que viven con depresión y diabetes resulta desolador cuando se unen otras variables, por ejemplo, la tercera edad y la población con factores psicosociales asociados a la pobreza. Para la primera variable nombrada, la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población. Predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año (Saavedra-González, Rangel-Torres, García-de León, Duarte-Ortuño, Bello-Hernández e Infante-Sandoval, 2016).

En lo que respecta a la segunda variable mencionada, la población mexicana propensa a la depresión, tiene las siguientes variables psicosociales: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las

labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración (Chiavegatto Filho, Kawachi, Wang, Viana, Andrade, 2013).

Estos antecedentes le dan al presente estudio, una razón de investigación, es decir, describir cuales son los síntomas depresivos que tienen las personas que viven con diabetes tipo 2 y que residen en una población rural del estado de Yucatán. Categorizada como población indígena, migrante, en pobreza, con bajo nivel socioeconómico y académico. Otras características importantes de la muestra estudiada, es que la mayoría son mujeres de la tercera edad. Para realizar una intervención es necesario conocer cómo se vive la depresión y no solo el índice o nivel de la misma, de esta forma, se corroboraría si en la región, se comportan estas variables como lo muestran los estudios en otros lugares del mundo.

La investigación se realizó con habitantes del municipio de Oxkutzcab, Yucatán. De los habitantes de esta población 22, 815 representa el universo de trabajo del Hospital Rural, lo conforman 5,300 familias. La población que atiende el Hospital Rural tiene el 3% de prevalencia de personas que han sido diagnosticadas con DT2. Sin embargo, la jurisdicción 3 de la SSY tiene a Oxkutzcab dentro de su zona de atención por lo que existen personas atendidas por ellos, lo que implica que la prevalencia antes mencionada es aún mayor, finalmente, se elige esta comunidad, dado que es una población considerada por la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) como uno de los trece municipios del estado con pobreza y rezago social. Esta comunidad tiene necesidades prioritarias, por lo que se considera urgente generar conocimientos y soluciones pertinentes a las problemáticas identificadas, entre ellas, salud (SEDESOL, 2016).

El cuerpo académico “Cronicidad y Salud Pública” se encarga de hacer investigaciones de las diferentes enfermedades crónicas con la intención de generar conocimiento que pueda llevar a intervenciones para promover la salud pública y el bienestar de las personas, sobre todo si se trata de poblaciones que tienen un índice elevado de carencias que las convierte en vulnerables, como es el caso de Oxkutzcab, Yucatán.

La LGAC “Condiciones crónicas y salud pública” ha encontrado el hilo vector de estudio en la DT2, para generar aportes alrededor de esta enfermedad crónica que tanto afecta a las personas y familias en la salud, en lo económico, social y en el estado psico-emocional de quien lo padece y de las familias que acompañan o proveen servicios de cuidados al enfermo.

El estudiar y describir los síntomas de la depresión de las personas que presentan la DT2, permitirá diseñar programas de intervención acordes con las características y necesidades de la comunidad, a partir del conocimiento de variables psico-emocionales. Escenario que permitirá a los profesionales que operen los programas de intervención el manejo adecuado de la población y por consiguiente resultados favorables.

## **Objetivo**

Describir los síntomas de depresión en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de Oxkutzcab, Yucatán.

## **Método**

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, donde se describen los síntomas (dimensiones) de la depresión en personas con DT2. Son atendidos en el Hospital Rural de la localidad de Oxkutzcab, se realizó un muestreo estratificado, obteniendo un total de 166 elementos de estudio, de los cuales 144 fueron mujeres y 22 hombres, de 50 años en adelante. Con la finalidad de respetar la aleatoriedad, en la elección de los participantes, la selección fue randomizada de forma proporcional en cada uno de los cuatro sectores en los que el Hospital antes mencionado ha dividido su universo de trabajo.

## **Procedimiento**

Para el proceso de la recolección de datos se ubicaron a los pacientes preseleccionados dentro del muestreo, a partir de la elaboración de un mapeo contando con los domicilios proporcionados por dicha instancia de salud. Para el efecto de exploración de las variables de estudio se empleó el siguiente instrumento:

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación en español por Sanz y Vázquez 2011), es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por ítems de tipo Likert, con la finalidad de detectar y evaluar los síntomas depresivos y la gravedad de la misma. En el BDI-II las personas evaluadas eligieron las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 2001).

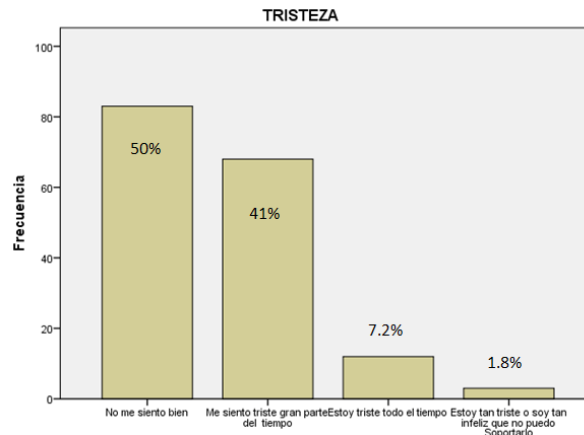
El cuestionario aplicado consta de 21 síntomas o dimensiones, estos son tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el

sexo. El instrumento valora los síntomas que permiten describir el estado de ánimo de la persona y referir como se encuentran con respecto a la depresión.

## Resultados

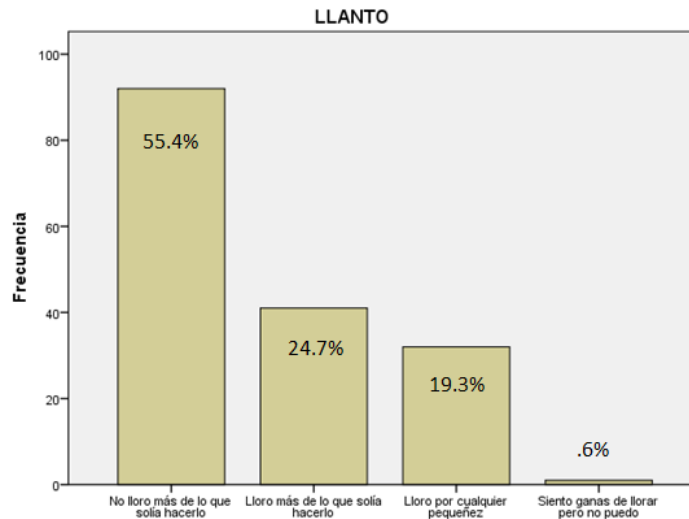
A continuación, se presentan los resultados de la investigación realizada a personas con DT2, en una población vulnerable del estado de Yucatán.

En la gráfica 1, se puede observar que el 50% de la muestra afirmó sentirse bien, el 41% se siente triste gran parte del tiempo, el 7.2% esta triste todo el tiempo y el 1.8% se considera infeliz.



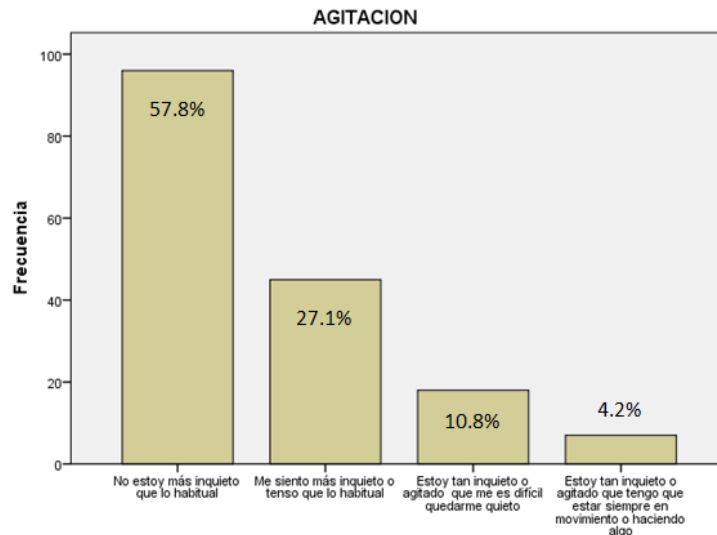
Gráfica 1. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión tristeza.

En la gráfica 2, se puede apreciar los resultados de la dimensión llanto. El 55.4% de la muestra afirma que no llora más de lo que suele hacerlo, el 24.7% considera que llora más que antes, el 19.3% siente que llora por cualquier pequeñez y 6% siente ganas de llorar pero no puede.



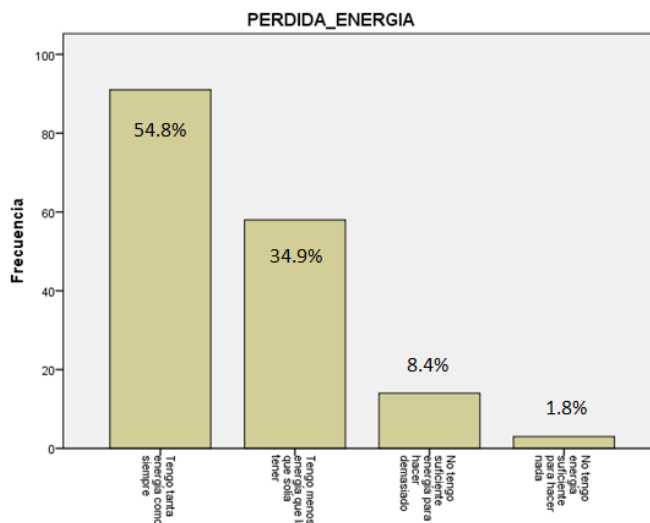
Gráfica 2. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión llanto.

En la dimensión de agitación, se encontró que el 57.8% del total de la muestra considera que no está más inquieto que lo habitual, el 27.1% se siente más inquieto o tenso que lo habitual, el 10.8% considera que le es difícil quedarse quieto y se siente agitado y el 4.2% siente que siempre esta agitado e inquieto es decir en movimiento o haciendo algo (ver gráfica 3).



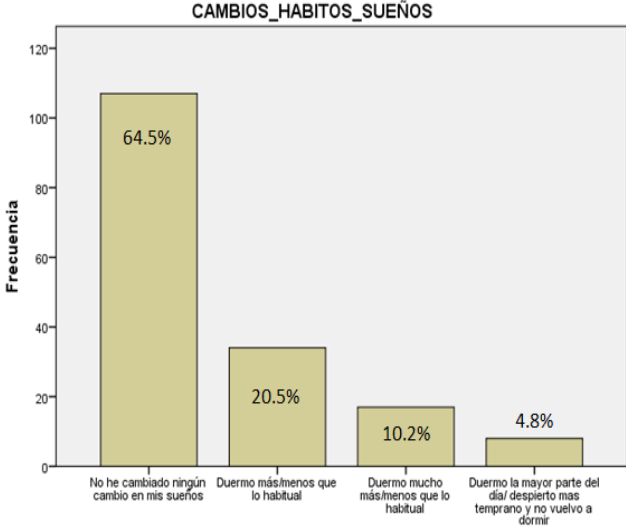
Gráfica 3. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión agitación.

En la dimensión de pérdida de energía, se encontró que el 54.8% del total de la muestra opina que tiene tanta energía como siempre, el 34.9% considera que tiene menos energía que antes, el 8.4% afirma que no tiene energía suficiente para las cosas que hace y el 1.8% opina que no tiene energía para hacer nada (ver gráfica 4).



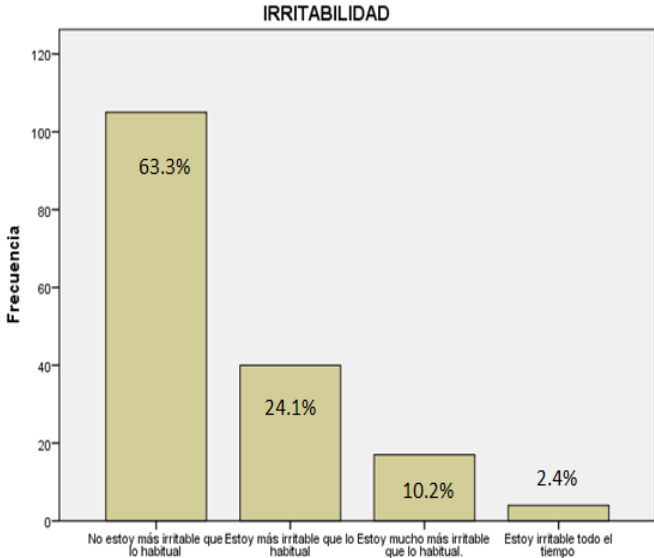
Gráfica 4. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión pérdida de energía.

En la gráfica 5, se pueden observar los resultados de la dimensión que evalúa los cambios en los hábitos de sueño. El 64.5% considera que no ha tenido cambios en sus hábitos de sueño, el 20.5% siente que duerme más/menos que lo habitual, el 10.2% opina que duerme mucho más/menos que lo habitual y 4.8% afirma que duerme mucho más tiempo o se despierta mucho más temprano y no vuelve a dormir.



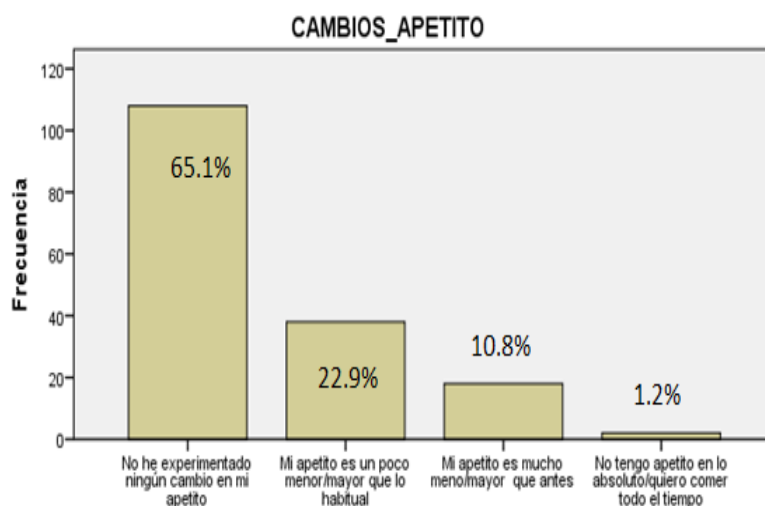
Gráfica 5. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión cambios en hábitos de sueño.

En la dimensión de irritabilidad, se encontró que el 63.3% opina que no está más irritable que lo habitual, el 24.1% siente que está más irritable que lo habitual, el 10.2% afirma que está mucho más irritable que lo habitual y el 2.4% considera que esta irritable todo el tiempo (ver gráfica 6).



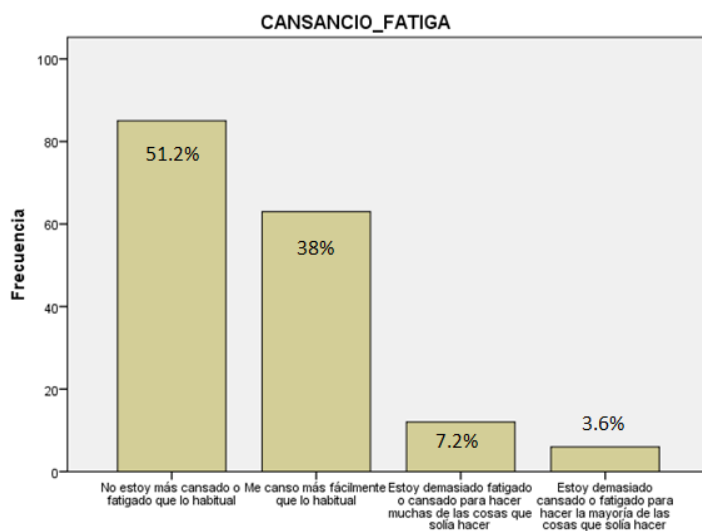
Gráfica 6. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión irritabilidad.

En la gráfica 7, se pueden observar los resultados de la dimensión que evalúa los cambios en el apetito. El 65.1% considera que no ha tenido cambios en su apetito, el 22.9% siente un poco de más/menos apetito que lo habitual, el 10.8% opina que es mucho más/menos su apetito que lo habitual y 1.2% afirma que tiene mucho menos apetito o quiere comer todo el tiempo.



Gráfica 7. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión cambios en el apetito

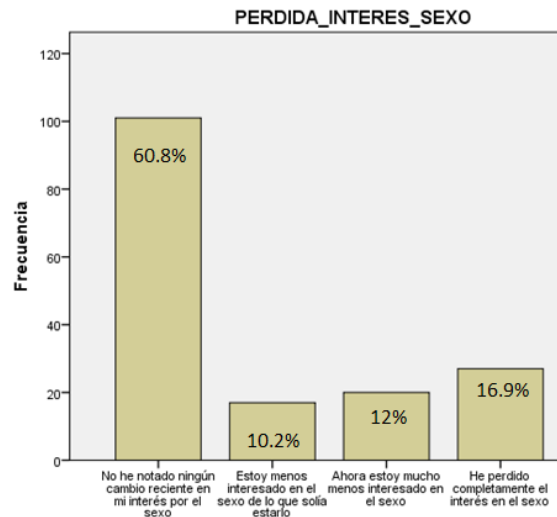
En la dimensión de cansancio y fatiga, se encontró que el 51.2% opina que no está más cansado o fatigado de lo habitual, el 38% siente que se cansa más fácilmente que lo habitual, el 7.2% afirma que está demasiado fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer y el 3.6% se siente cansado y fatigado para hacer la mayoría de cosas (ver gráfica 8).



Gráfica 8. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión cansancio o fatiga.



En la gráfica 9, se pueden observar los resultados de la dimensión que evalúa la pérdida del interés en el sexo. El 60.8% considera que no ha tenido cambios en sus interés por el sexo, el 10.2% siente esta menos interesado por el sexo que lo habitual, el 12% opina que esta mucho menos interesado por el sexo y el 16.9% afirma que ha perdido completamente el interés por el sexo.



Gráfica 9. Frecuencias y porcentajes en el síntoma o dimensión perdida de interés en el sexo.

Estos son los resultados de la investigación que se realizó en personas que viven con DT2 en una población del estado de Yucatán. A continuación se abordan las conclusiones.

## Conclusiones

Los síntomas depresivos manifestados por las personas que viven con diabetes son diversos y complejos. El llanto y la pérdida del interés en el sexo, son los dos síntomas que caracterizan a la población que vive con DT2. Este dato se confirma a través de los estudios que se han realizado alrededor del mundo, las personas que padecen de diabetes constantemente refieren ser más propensas al llanto y se manifiestan con mucho menos interés en las actividades relacionadas con el sexo.

Otros síntomas son la irritabilidad y la tristeza, se observan como los acompañantes predilectos de la diabetes. El tono emocional de la tristeza está presente en la mitad de la población que padece de la DT2, este indicador le ofrece una perspectiva diferente, a quien decida trabajar con la diabetes. La tristeza es una emoción básica la cual es necesaria para el desarrollo del ser humano. Sin embargo, la tristeza expresada como síntoma y constante en la vida de cualquier persona, se transforma en desesperanza, es decir, la persona siente que no hay mucho por hacer o poco se puede cambiar. El producto final de esta experiencia repetitiva es la aparición del sentimiento de soledad, muchas veces

acompañada de la conducta apática. La tristeza o melancolía, como le llamaba Sigmund Freud, va seguida del empobrecimiento del yo.

La persona con DT2 ha vivido pérdidas, no solo relacionadas con su salud sino con la comida y convivencia de su alrededor, generando una constante confrontación con el vacío, la pérdida y la falta. De ahí devienen la aparición de otros síntomas como el insomnio, cambios en el apetito y desfallecimiento de la pulsión de vida (pérdida del interés en el sexo, cansancio o fatiga y pérdida de energía).

Desde este punto de vista psicoanalítico, los síntomas depresivos se consideran como los resultantes de una confrontación psíquica. Por un lado, inhibición de los planes de acción, y por el otro, la resistencia de las estructuras del aparato psíquico. Por ejemplo, inhibir los planes de acción sucede cuando se le prohíbe a la persona con DT2 expresar su estilo de vida, es decir, que cambie su alimentación, haga ejercicio, se informe de la enfermedad y tome medicamentos; por mencionar algunos. La persona llevaba a cabo una serie de acciones (estilo de vida) las cuales se ven abruptamente interrumpidas (reprimidas) por la enfermedad. Ante esta circunstancia el aparato psíquico responde, las estructuras como el Yo se defienden de esa realidad prohibitiva. Por su parte, el ello pugna por que las pulsiones encuentren su objeto y el super Yo castiga severamente el incumplimiento de las nuevas normas dictadas por los médicos. El resultado de esta lucha interna con la realidad es el desvanecimiento del YO, el cual se observa entre duelos y síntomas de depresión melancólica, la persona lucha por levantar las inhibiciones que en última instancia están asociadas al amor a la vida.

Ahora bien, para trabajar con los síntomas depresivos en población rural, deberá tomarse en cuenta las variables psicosociales que se agregan con singular devoción. Por ejemplo, ser mujer, jefa de familia, tener un bajo nivel socioeconómico, adquirir la responsabilidad de cuidar a algún enfermo o ser el enfermo, tener experiencias de violencia, entre otras. La muestra estudiada cumple con dos o tres de estas características.

En México existen pocos estudios que apliquen programas integrales de prevención de diabetes en la población general y no se encontraron reportes en la literatura de la aplicación de este tipo de programas en poblaciones indígenas. Queda bastante claro cuando se realiza una revisión bibliográfica que los programas están desarrollados para manejar los componentes del estilo de vida (alimentación y actividad física) y coinciden en que la estrategia más efectiva de prevención es el tener una dieta saludable y realizar al menos 150 minutos de actividad física por semana (Robles-Ordaz, Gallegos-Aguilar, Diaz-Zavala, Urquidez-Romero, Quizán-Plata y Esparza-Romero, 2015).

Con este estudio se pretende mirar a la Diabetes tipo 2 desde la perspectiva del síntoma, para que los programas de intervención contemplen trabajar con las variables psicológicas y afrontar la psicodinamia compleja de la enfermedad, a fin de que las personas mejoren su calidad de vida.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2001). *DSM-4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Berenzon, S.; Lara, M.; Robles, R. y Medina-Mora M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública*; 55:74-80.
- Chiavegatto Filho, A. D., Kawachi, I., Wang, Y. P., Viana, M. C., Andrade, L. H. (2013). Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in São Paulo, Brazil. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (11), 966-72.
- Freud, S. (1914). *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas S.Freud, vol. XIV, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, pp. 65-99
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas S. Freud, vol. XIV, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, pp. 235-257
- Kessler, R.C. et al. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 24 (3): 210-26.
- Robles-Ordaz, M. D., A. C. Gallegos-Aguilar, R. G. Diaz-Zavala, R. Urquidez-Romero, T. Quizán-Plata y J. Esparza-Romero (2015). Adaptación y factibilidad de un programa de prevención de diabetes en la comunidad Comcaac (Seri) de Sonora, México. *Revista Tecnociencia Chihuahua* 9 (2). 75-83.
- Saavedra-González, A.; Rangel-Torres, L.; García-de León, A.; Duarte-Ortuño, A.; Bello-Hernández, Y. e Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten. Fam.* 23 (1), 23-28.
- Sotelo-Alonso, I; Rojas-Soto, JE; Sánchez-Arenas, C. y Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A. C.* 14 (1), 5-13.