

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. PERÍODO 2011-2012.

Carmen E Tellería G.¹

ASSESSMENT OF THE LEVELS OF DEPRESSION ANXIETY AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH PREVIOUS GESTATIONAL DIABETES. CITY HOSPITAL “DR. ENRIQUE TEJERA”, PERIOD 2011-2012.

ABSTRACT

Gestational diabetes is an alteration of the carbohydrate metabolism, which is condition detected during pregnancy, and increase the risk of developing diabetes mellitus type 2 in the future. To study the relationship between previous gestational diabetes with levels of depression and anxiety, we developed a non-experimental descriptive study of cross section, running an ad hoc interview and applying the Beck Depression and Hamilton Anxiety Test. Results: The sample of 39 women of 31.72 (± 7.02) years old, reported: depression in 64.1% and 89.7% anxiety. 43.6% of women who perceived changes in their lifestyle were depressed. Most of patients who had belief of developing diabetes mellitus suffered anxiety (76.9%), as well as, concern for it (74.3%). There is a significant association between depression and anxiety ($p = 0.000$). Conclusion: There are high levels of depression and anxiety in women with previous gestational diabetes, with significant association between the two conditions; and depression and changes in lifestyle, along with, anxiety, belief and concern for developing diabetes mellitus in the future.

KEY WORDS: Gestational Diabetes, Diabetes mellitus, Depression, Anxiety.

RESUMEN

La diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta durante el embarazo, y aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el futuro. Para estudiar la relación entre diabetes gestacional previa con los niveles de depresión y de ansiedad, se desarrollo un estudio descriptivo no experimental de corte transversal, realizando una entrevista ad hoc y aplicando los Test de Depresión de Beck y el de Ansiedad de Hamilton. Resultados: La muestra de 39 mujeres con Diabetes Gestacional Previa y con una edad de 31,72 ($\pm 7,02$) años, reportó: depresión en el 64,1% y ansiedad en el 89,7%. El 43,6% de las mujeres que percibieron cambios en su estilo de vida estaban deprimidas. La mayoría de las pacientes que tenían la creencia de desarrollar Diabetes Mellitus, presentaron ansiedad (76,9%), así como también preocupación por ello (74,3%). Existe una asociación significativa entre depresión y ansiedad ($p=0,000$). Conclusión: Existen elevados niveles de depresión y ansiedad en las mujeres con Diabetes Gestacional Previa, con asociación significativa entre ambas patologías y, entre la depresión y cambios en el estilo de vida, así como entre ansiedad y la creencia y preocupación por desarrollar Diabetes Mellitus en el futuro.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Gestacional, Diabetes mellitus, Depresión, Ansiedad.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial, así como también tienen una alta prevalencia en la práctica médica general. Entre estos desordenes psiquiátricos, la ansiedad representa la de mayor incidencia en la comunidad en general, y está presente en cerca del 15 al 20% de los pacientes.¹ Este trastorno puede ser un síntoma cardinal de una condición psiquiátrica primaria o una reacción a una patología médica. La literatura indica que su

frecuencia es tres veces mayor en mujeres que en hombres.^{2,3}

Por otro lado la depresión es el trastorno más común del estado de ánimo, es la causa número uno de discapacidad en los Estados Unidos y otros países del mundo. De acuerdo al reporte anual de la Organización Mundial de la Salud actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar en la lista de morbilidad, y se espera que para el 2020 ocupe un segundo lugar, adelantada únicamente por las cardiopatías isquémicas, pero superando a todas las demás enfermedades, especialmente enfermedades como el cáncer y el sida principales causas de muerte de las sociedades occidentales.^{3,4}

Cerca del 15% de las personas deprimidas se suicidan y más del 75% de las personas con este trastorno

Recibido: Marzo, 2014 Aprobado: Noviembre, 2014

¹Psicólogo Clínico. Departamento de Salud Mental, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Correspondencia: carmentelleriag@gmail.com

no reciben tratamiento o lo reciben de manera inadecuada, lo cual es una cifra alarmante, tomando en cuenta las consecuencias sociales, físicas, familiares y personales que genera el trastorno depresivo en las personas que lo padecen.⁵ Aunado a esto la depresión es uno de los desordenes emocionales que tiene mayor comorbilidad con enfermedades médicas y por esta razón el médico debe estar alerta para realizar el diagnóstico adecuado, disminuyendo las posibilidades de subestimar estos problemas afectivos, que aunque pueden tener graves consecuencias son frecuentemente subdiagnosticados, y de esta manera instaurar la terapéutica más conveniente para el paciente en particular.^{2,3}

En un estudio realizado acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en el año 2005, se encontró que los trastornos de salud mental que afectaron al mayor número de adultos fueron: la depresión mayor, la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada y el abuso o la dependencia del alcohol, encontrándose una prevalencia de depresión mayor de 4,9% y, de 5,5% para los trastornos de ansiedad, en esta región. La frecuencia en ambos trastornos fue casi el doble en mujeres que en hombres, y más de la mitad de las personas afectadas no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno.⁶

Por otro lado, algunos autores han demostrado una asociación entre algunas condiciones médicas crónicas como la diabetes mellitus y la comorbilidad psiquiátrica; en este orden de ideas, se ha demostrado relación entre la depresión mayor (medida a través del Inventario de Depresión de Beck) y la diabetes mellitus (DM), demostrando: mal control glicémico, falta de adherencia al tratamiento y mayor riesgo de complicaciones diabéticas. Se ha estimado la prevalencia de depresión entre un 15% y un 20% en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2. En las mujeres diabéticas la depresión se encuentra en niveles más graves y potencia la aparición de complicaciones, ya que está directamente asociada con la alteración de los niveles de glucosa y con otros factores como la obesidad y la inactividad física, que indirectamente contribuyen al deterioro del control glicémico, y además la depresión aumenta el riesgo de desarrollo del síndrome metabólico.^{7,8,9}

Así mismo, se ha encontrado relación entre la diabetes mellitus y la ansiedad; ejemplo de ello se observó en la investigación desarrollada por, Okada y cols en el año 1995, donde se encontró que, los pacientes con DM tipo 2 presentaron niveles de estrés y ansiedad más elevados que los pacientes sanos pertenecientes al

grupo control. Estos autores realizaron una intervención en el grupo de pacientes diabéticos administrando un ansiolítico (fludiazepan, 0,25mg durante tres veces al día), y encontraron una disminución de HbA1c en los pacientes diabéticos de 8,4% a 7,3%.¹⁰

Por otra parte, existen evidencias de que los eventos estresantes vividos y la percepción de estrés global, así como la tensión y la ansiedad aumentan el riesgo del desarrollo del síndrome metabólico en las mujeres.⁹

Según la clasificación internacional de la diabetes mellitus, la diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, a diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación.¹¹ La prevalencia estimada de la diabetes gestacional está entre el 2.2% y el 8.8% aunque algunos señalan que su prevalencia ha venido aumentando en las últimas décadas.

La diabetes gestacional aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas como por ejemplo, sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otras. Aunque los niveles de glucosa pueden retornar a la normalidad después del parto, existen estudios longitudinales que han encontrado que la Diabetes Gestacional aumenta sustancialmente el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el futuro. Las mujeres que han tenido este padecimiento durante el embarazo tienen 6 veces más probabilidad de desarrollar diabetes mellitus que aquellas que no la han padecido.¹²

Por ello, se han realizado algunos estudios para conocer la frecuencia de diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular en mujeres que han reportado antecedentes de diabetes mellitus durante el embarazo ó, diabetes gestacional previa y, en otras investigaciones se han evaluado los factores psicosociales y la actividad física relacionada con el ejercicio de las mujeres que padecieron diabetes gestacional.^{13,14} En dichos estudios se ha reportado que las mujeres con diabetes gestacional previa mostraron una elevada frecuencia de alteraciones clínicas y metabólicas, que representan un potencial incremento del riesgo cardiovascular, y que la mayoría de las mujeres que tuvieron esa condición durante el embarazo no tienen una actividad física adecuada en su rutina diaria, por el contrario, tienden a ser sedentarias

y el ejercicio que realizan es en su mayoría caminar, pero no lo realizan con el vigor y la intensidad recomendada.^{13,14}

La mayoría de las investigaciones consultadas han puesto el énfasis en el componente biológico, al igual que en el tratamiento de la diabetes gestacional que en la mayoría de los casos está conformado por el control glucémico, dieta y ejercicios físicos, y le restan atención al componente psicológico y emocional de la gestante y a su influencia en la salud. Sin embargo, en una investigación realizada por Rothaar y cols. citada por Griffith,⁷ se midieron los niveles de depresión y ansiedad en 11 mujeres embarazadas con diabetes y 11 mujeres sin diabetes, encontrándose que las mujeres embarazadas con diabetes tenían más altos niveles de depresión que las mujeres sin diabetes, así como también, encontraron asociación entre el estrés patológico y un pobre control glicémico en mujeres con diabetes gestacional.⁷

En este orden de ideas, se han realizado varios estudios han reportado valores de la prevalencia de la depresión y la ansiedad en mujeres embarazadas. Por ejemplo en Hong Kong en el año 2007 Lee y cols, encontraron que más de la mitad de las mujeres estudiadas (54%) tenían ansiedad prenatal y más de un tercio (37,1%) tenían síntomas depresivos.¹⁵ Así mismo, en Latinoamérica, específicamente en Brasil, Leonetti y Martins en el año 2007, compararon los niveles de ansiedad y depresión durante la fase prenatal entre las madres y los padres, encontrando que las madres presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión.¹⁶ Otro estudio realizado en mujeres chilenas en el año 2010 por Jadresic, se encontró, que una de cada diez embarazadas/puérperas estaban deprimidas y que la depresión persistente en dichas mujeres, estaba asociado con un retraso en el desarrollo de sus hijos y el riesgo de depresión era 4,7 veces mayor en las adolescentes.¹⁷

En Venezuela, Chávez y cols., realizaron en el año 2012 un estudio cuyo objetivo era analizar los niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que acudían a la consulta de perinatología-medicina materno fetal del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas. En esta investigación se aplicó el test Hamilton para medir la depresión y la ansiedad y se encontraron elevados niveles de depresión y ansiedad en la mayoría de las embarazadas estudiadas. La presencia de estas patologías fue relacionada principalmente al hecho de tener una relación de pareja inestable y en menor proporción a no desear el embarazo.¹⁸

A partir de estas premisas y en atención a la definición de salud propuesta por la OMS, que la

considera como el completo estado de bienestar biopsicosocial, se ha desarrollado el presente estudio cuyos objetivos son: identificar los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con diabetes gestacional previa, describir los factores psicosociales asociados, y establecer la relación entre factores psicosociales y la presencia de ansiedad y depresión en estas pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio *expost facto*, de diseño no experimental, de corte transversal, y descriptivo correlacional, que permitió evaluar diversos aspectos, características, propiedades o perfiles de las pacientes con diabetes gestacional previa.

La muestra no probabilística de tipo intencional, quedó conformada por 39 mujeres que tuvieron diabetes gestacional durante el embarazo, y estaban siendo asistidas en la unidad de embarazo y diabetes de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) durante el año 2011, en un programa de seguimiento, luego de dar a luz.

Las participantes fueron debidamente informadas acerca del estudio, sus objetivos y procedimientos, dando su consentimiento para participar en el mismo. Los resultados de instrumentos fueron informados a las participantes durante su consulta sucesiva en la Unidad de diabetes y embarazo.

Se aplicaron tres instrumentos: 1) Inventario de Depresión de Beck, 2) Escala de Ansiedad de Hamilton, y 3) Un instrumento *Ad hoc*, la ficha de recolección de datos sociodemográficos.

Para medir los niveles de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems en los que el paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. Evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Presenta 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúa la gravedad/intensidad del síntoma. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.¹⁹

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes: No

depresión: 0-9 puntos, Depresión leve: 10-18 puntos, Depresión moderada: 19-29 puntos y Depresión grave: > 30 puntos.

Sus índices psicométricos han sido ampliamente estudiados, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad del test oscila alrededor de $r = 0.8$, y además muestra correlación con otras escalas para evaluación de la depresión, en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores de correlación entre 0.55 y 0.96 (con una media de 0,72) y en sujetos no psiquiátricos estos valores van desde 0.55 hasta 0.73 (con una media de 0.60).^{5, 20}

La versión utilizada para el presente estudio fue adaptada y traducida al castellano por Conde y Useros (1975) y, su contenido enfatiza más 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.²¹

Los niveles de ansiedad fueron medidos a través de la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton; la cual es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems, los cuales permiten determinar el grado de ansiedad generalizada de la paciente. El terapeuta evaluó en una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), y observando la conducta de la paciente durante la entrevista, las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos.²²

Este instrumento permite obtener dos puntuaciones, una que corresponde a la ansiedad psíquica (ítems: 1,2,3,4,5,6 y 14) y una a la ansiedad somática (ítems: 7,8,9,10,11,12 y 13). La puntuación total es el resultado de la suma de todos los ítems, y su rango va entre 0 y 56 pts. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Los puntos de corte sugeridos son: entre 0 - 5 pts No Ansiedad, 6 - 14 Ansiedad Menor y 15 pts o más Ansiedad Mayor.²²

Por último, se utilizó durante la entrevista, un instrumento ad hoc, el cual estaba constituido por una ficha de recolección de datos, con preguntas semiestructuradas que permiten recolectar información de aspectos sociodemográficos de cada una de las participantes del estudio.

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo calculándose la media (X),

desviación estándar (DS) y las diferencias entre estas se establecieron utilizando la prueba T de student, además se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para establecer relación entre niveles de ansiedad, depresión y factores psicosociales se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2) y el coeficiente de correlación de Spearman. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS

La muestra conformada por 39 mujeres que habían presentado diabetes gestacional (DG) durante su embarazo, reportaron una edad promedio de 31,72 ($\pm$ 7,015) años, siendo la mínima 13 y la máxima 47 años. En relación al estado civil, 51,3% de las mujeres vivían en concubinato, 38,5% eran casadas y 10,3% solteras; por otro lado, la ocupación de la mayoría de las participantes era la de ama de casa (38,5%). En cuanto a la escolaridad 12,8% reportaron haber concluido la educación primaria, 28,5% bachillerato y sólo 12,8% tenían estudios universitarios.

La mayoría de las participantes (43,6%) fueron diagnosticadas de diabetes gestacional en el segundo trimestre de su embarazo, es decir, entre el 4to y 6to mes de gestación; 33,3% durante el tercer trimestre (entre el 7mo y 9no mes de gestación), 12,8% durante el primer trimestre, mientras que hubo un 10,3% que no recordaba en cual período del embarazo había recibido el diagnóstico de DG.

En relación al impacto psicosocial que genera el padecimiento de la DG, se encontró tal y como se observa en la tabla 1 que, 79,5% (n=31) de estas mujeres afirmaron haber tenido cambios importantes en su estilo de vida; 89,7% (n=35) reportaron cambios en su alimentación, 69,2% (n=27) cambios emocionales, 79,5% (n=31) reportó cambios físicos; sin embargo, la mayoría (56,4%), reportó no haber tenido cambios en sus relaciones interpersonales.

Además la mayoría de las participantes (56,4%) realizó dieta y recibió insulina durante el embarazo, 28,2% (n=11) realizó solo dieta como tratamiento, una participante solo recibió insulina, mientras que 3 de ellas (7,7%) reportaron no haber recibido ningún tipo de tratamiento.

Adicionalmente se observó (tabla 2) que 84,6% (n=33) de mujeres con diabetes gestacional previa tienen la creencia de que pueden desarrollar DM a futuro y, 82,1% (n=32) reportaron sentir preocupación por desarrollar esta patología en su futuro próximo. Sin

Tabla 1

**Impacto Psicosocial durante la evolución de la Diabetes Gestacional en pacientes estudiadas.
Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, 2011-2012**

Variables	N	%
Cambios en el estilo de vida		
Si	31	79,5
No	8	20,5
Cambios en la Alimentación	N	%
Si	35	89,7
No	4	10,3
Cambios Emocionales	N	%
Si	27	69,2
No	12	30,8
Cambios físicos	N	%
Si	31	79,5
No	8	20,5
Cambios en las Relaciones Interpersonales	N	%
Si	17	43,6
No	22	56,4

embargo, no adoptan un plan preventivo adecuado, siendo que solo 43,6% (n=17) reporta la dieta como medida preventiva, 35,9% (n=14) informaron sobre combinación de dieta y ejercicio y, 17,9% (n=7) reportó no estar adoptando ninguna medida para prevenir el desarrollo de la diabetes a futuro.

La depresión estuvo presente en 64,1% (n=25) de la muestra, la mayoría, 41% (n=16) reportó depresión leve, 10,3% (n=4) una depresión moderada y 12,8% (n=5) una depresión grave. Así mismo, tal y como se observa en la tabla 3 se reportó la presencia de ansiedad en 89,7% (n=35) de las mujeres, de éstas 33,3% (n=13) presentaron ansiedad menor, 56,4% (n=22) ansiedad mayor, mientras que apenas 10,3% (n=4) restante no reportaron ansiedad según las puntuaciones del test de Hamilton.

En la tabla 4, reportamos que 43,6% (n=17) de la muestra que reportó cambios en su estilo de vida a raíz del diagnóstico de la diabetes gestacional presento algún nivel de depresión. La relación entre estas variables reflejaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Adicionalmente tal y como se observa en la misma tabla 4, se encontró que 84,6% (n= 33) de las participantes manifestaron creer que podrían desarrollar diabetes a futuro; de este grupo, 21 pacientes (53,8%) presentaron algún nivel de depresión según el instrumento utilizado. Además se aprecia que la mayoría de las pacientes sin síntomas depresivos, 30,8% (n=12) manifestaron creer que podrían desarrollar diabetes a futuro. Por otro lado, de las participantes que se encontraban con algún nivel de depresión, 56,4% manifestaron estar preocupadas por desarrollar DM a

Tabla 2

Impacto cognitivo, emocional y conductual de la diabetes gestacional en las pacientes estudiadas. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", 2011-2012

Variables	N	%
Creencia de posible desarrollo de Diabetes mellitus a futuro		
Si	33	84,6
No	6	15,4
Preocupación por posible desarrollo de Diabetes mellitus a futuro		
Si	32	82,1
No	7	17,9
Medidas Preventivas para No desarrollar Diabetes mellitus a futuro		
Ninguna Medida	7	17,9
Dieta	17	43,6
Ejercicios	1	2,6
Dieta y Ejercicios	14	35,9

futuro. No se reportó diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.

Al distribuir la muestra según la presencia de ansiedad y los cambios de estilo de vida (Tabla 5), se aprecia que 79,5% (n=31) indicó cambios en su estilo de vida tras el diagnóstico de DG, de estas pacientes 71,8% (n=28) presentaron ansiedad. Por otra parte, 20,5% (n=8) no reportaron estos cambios; no obstante; de estas participantes, la mayoría, 7 (17,9%) presentó ansiedad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Adicionalmente se aprecia en la tabla 5 que 84,6% (n=33) refirió creer que podrían desarrollar diabetes a futuro, y de estas, 76,9% (n=30) presentó algún nivel de ansiedad. El 15,4% (n=6) no reportaron tener la creencia que desarrollarían DM en un futuro, pero se aprecia que la mayoría, 5 pacientes (12,8%) de

este grupo manifestaron ansiedad. Así mismo, la mayoría de las participantes (74,3%) que tenían algún nivel de ansiedad, reportaron preocupación por desarrollar DM a futuro; sin embargo, de estas 6 participantes, (15,4%) presentaron algún nivel de ansiedad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ambos casos ($p<0,05$).

En la tabla 6 se aprecia que de las 14 (35,9%) pacientes sin síntomas depresivos, 11 (28,2%) presentaron síntomas de ansiedad, 1 (2,6%) paciente con síntomas depresivos no reportó síntomas de ansiedad pero, 61,5% (n=25) presentaron tanto síntomas de ansiedad como de depresión según los instrumentos utilizados. Se puede apreciar que la presencia de síntomas de ansiedad fue mayor (89,7%) que los síntomas depresivos (64,1%). La asociación entre la presencia de síntomas depresivos y síntomas ansiosos se ubicó en 0,643 con una $p=0,000$.

Tabla 3

Niveles de depresión y ansiedad en las pacientes con diabetes gestacional previa. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", 2011-2012

Nivel de Depresión y Ansiedad	N	%
Sin Depresión	14	35,9
Depresión Leve	16	41,0
Depresión Moderada	4	10,3
Depresión Grave	5	12,8
Sin Ansiedad	4	10,3
Ansiedad Menor	13	33,3
Ansiedad Mayor	22	56,4

Tabla 4

Relación entre los niveles de depresión y los cambios de estilo de vida, creencias y preocupación de las participantes por desarrollar Diabetes mellitus a futuro. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", 2011-2012

			Algún Nivel de Depresión		Sin Depresión		Total	
Variables			N	%	N	%	N	%
Cambios en el estilo de vida *	Si	17	43,6	14	35,9	31	79,5	
	No	8	20,5	0	0	8	20,5	
Creencia del posible desarrollo de Diabetes mellitus a futuro	Si	21	53,8	12	30,8	33	84,6	
	No	4	10,3	2	5,1	6	15,4	
Preocupación por desarrollar Diabetes mellitus a futuro	Si	22	56,4	10	25,6	32	82	
	No	3	7,7	4	10,3	7	18	

*X²<0,05

Tabla 5

Relación entre niveles de ansiedad y los cambios de estilo de vida, creencias y preocupación de las participantes sobre desarrollo de DM en el futuro.

			Algún Nivel de Ansiedad		Sin Ansiedad		Total	
			N	%	N	%	N	%
Cambios en el estilo de vida	Si	No	28	71,8	3	7,7	31	79,5
		No	7	17,9	1	2,6	8	20,5
Creencia de posible desarrollo de DM a futuro	Si	No	30	76,9	3	7,7	33	84,6
		No	5	12,8	1	2,6	6*	15,4
Preocupación por desarrollar DM a futuro	Si	No	29	74,3	3	7,7	32	82
		No	6	15,4	1	2,6	7	18

* $\chi^2 < 0,05$

Tabla 6

Relación entre los niveles de depresión y ansiedad de las participantes. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", 2011-2012

Ansiedad						
Depresión	Sin Síntomas		Con Síntomas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin Síntomas	3	7,7	11	28,2	14	35,9
Con Síntomas	1	2,6	24	61,5	25	64,1
Total	4	10,3	35	89,7	39	100

Rho=0,643; p<0,000

DISCUSIÓN

Los resultados indican que la diabetes gestacional genera un impacto psicosocial en las mujeres que la padecen, ya que implica cambios importantes en el estilo de vida de las mismas, principalmente en su alimentación, así como también cambios en su rutina diaria, en sus estados emocionales y en su estado físico. A pesar de que en la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio la DG no causó cambios en las relaciones interpersonales, algunas si reportaron que los cambios de humor y de la rutina diaria les generaron alteraciones en sus relaciones interpersonales.

Adicionalmente se observa un impacto psicosocial importante en las mujeres que tuvieron DG, ya que la mayoría tiene la creencia de que pueden desarrollar DM a futuro, y manifiestan una preocupación asociada a esta posibilidad, se trata de una creencia saludable fundamentada en hechos reales ya que en la Unidad de Diabetes y Embarazo se les provee información suficiente para promover hábitos de vida sanos y para prevenir la aparición de complicaciones y/o a retardar la aparición de diabetes mellitus en el futuro, lo cual es un riesgo, tal y como lo señalan Cheung y cols. en el año 2003.¹² Sin embargo este riesgo puede incrementarse mucho más en estas pacientes, ya que su tratamiento durante la DG se redujo al elemento biológico, y después del embarazo la mayoría de las participantes de este estudio reportó no tomar las medidas preventivas adecuadas, en concordancia con los hallazgos de Smith y cols (2005), quienes reportaron que la mayoría de las mujeres que tuvieron diabetes gestacional no realizaban una actividad física adecuada en su rutina diaria.¹⁴

Por otro lado, en relación a los elementos psicopatológicos, se encontró que la mayoría de las participantes presentaban síntomas de depresión y ansiedad en algún grado y, esta última reportó una mayor frecuencia, datos que coinciden con los encontrados por Rothaar y cols. citado por Griffith en el año 1999.⁷ Adicionalmente, estos hallazgos coinciden también con los reportados por distintas investigaciones tanto internacionales como nacionales, realizadas en pacientes diabéticos y en mujeres embarazadas.^{18,10,15,16,17,18} Los datos del presente estudio sugieren que si bien los niveles de ansiedad y depresión son frecuentes en el embarazo, estos podrían incrementarse si se asocian con la presencia de una complicación obstétrica como la diabetes gestacional.

Es importante destacar que, aunque estadísticamente no significativa, parece existir una

asociación entre los niveles de depresión de las mujeres con diabetes gestacional previa y, su creencia y/o preocupación de desarrollar diabetes mellitus en un futuro, ya que esta es una enfermedad crónica con múltiples complicaciones y tal como las pacientes lo reportan implica muchos cambios en el estilo de vida, cambios que describen como limitaciones y posibles pérdidas o deterioro de sus funciones. Además durante la entrevista muchas de las participantes manifestaron tristeza al pensar que podrían faltarle a sus hijos o en la posibilidad de no estar adecuadamente para ellos si desarrollaban dicha enfermedad. Por otro lado, si se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la percepción de cambios en el estilo de vida de estas pacientes a partir del diagnóstico de diabetes gestacional.

En el presente estudio se demostró una frecuencia alta de síntomas de ansiedad, la gran mayoría de las pacientes que reportaron cambios en el estilo de vida, creencia y/o preocupación por desarrollar diabetes en el futuro, manifestaron algún nivel de ansiedad según los resultados del instrumento utilizado.

Aunque la presencia de síntomas depresivos también fue alta, en esta muestra se destaca que la mayoría de las pacientes con algún nivel de depresión manifestaron creer que podrían desarrollar diabetes a futuro y, estar preocupadas por el hecho de que esto pudiera ocurrir; pero, a diferencia de la frecuencia alta de pacientes con ansiedad que dijeron haber hecho modificaciones en su estilo de vida, menos de la mitad de la muestra reportó síntomas depresivos y cambios en el estilo de vida, lo que sugiere que los cambios en el estilo de vida generan más ansiedad que depresión. Estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados por Lee y cols en mujeres embarazadas, donde se reportó mayor prevalencia de ansiedad (54%), que depresión (37,1%), así como los publicados en un estudio realizado acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en América Latina, en el año 2005, donde la depresión se encontró en 4,9%, mientras que la ansiedad estuvo en 5,5% de la población en esta región.^{6,15}

Igualmente se pudo detectar que aunque los niveles de síntomas psicopatológicos tuvieron alta prevalencia entre las pacientes que respondieron afirmativamente a las preguntas sobre la creencia en desarrollar diabetes a futuro y, la preocupación por desarrollarla, la frecuencia de síntomas de ansiedad fue discretamente más elevada en el grupo de las creencias y, la frecuencia de pacientes con síntomas depresivos fue mucho más elevada en quienes afirmaron preocupación por desarrollar diabetes a futuro.

Hallazgos similares en relación a la ansiedad y su relación con DM y con la gestación han sido reportadas por otros autores, sugiriendo que el pensamiento negativo y la anticipación de una situación de daño, amenaza o pérdida, tal y como sería la creencia y preocupación de desarrollar DM a futuro, generan síntomas de tensión psíquica.^{7,9} Otros estudios han demostrado altos niveles de ansiedad en las mujeres embarazadas a pesar de no tener ninguna enfermedad durante su embarazo.^{15,16,17,18}

Finalmente los resultados de este estudio indican una fuerte asociación lineal positiva y estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y depresión, sugiriendo que ambas entidades nosológicas pueden coexistir en mujeres con diabetes gestacional previa. Al tratarse de un estudio ex post facto y de tipo descriptivo, es difícil pretender establecer si la alta prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa es consecuencia de haber padecido diabetes gestacional o, por el contrario, esta sintomatología se encuentra asociada a las modificaciones en el estilo de vida o a las creencias y/o las preocupaciones de que se pueda desarrollar la diabetes tipo 2 a futuro.

Sin embargo, la presencia de síntomas psicopatológicos obliga a establecer como rutinaria la evaluación diagnóstica con instrumentos estandarizados, sensibles y confiables para determinar ansiedad y depresión en embarazadas que acudan a su control obstétrico, con o sin diagnóstico de diabetes gestacional y, por otro lado, determinar factores de riesgo psicosociales que puedan impactar negativamente o bien, coadyuvar en la mejoría de las condiciones biológicas o psicopatológicas.^{15,16,17,18}

A partir de estos hallazgos, se puede concluir entonces, que existen elevados niveles de depresión y ansiedad en las mujeres con DG Previa, con una asociación significativa entre ambas patologías y, entre la depresión y cambios en el estilo de vida, así como entre la ansiedad y la creencia y preocupación por desarrollar DM a futuro. Es por ello que se recomienda además del uso de test estandarizados para la exploración de estas patologías, incluir tanto en el tratamiento de la diabetes gestacional como en las medidas preventivas para evitar el desarrollo de la DM, el ejercicio y la actividad física, realizada con el vigor necesario, además de una educación que contemple información acerca de un estilo de vida saludable, buena alimentación y acerca de la enfermedad y sus implicaciones en los distintos ámbitos del individuo, así como una intervención y acompañamiento psicoterapéutico, que permita abordar los síntomas psicopatológicos que se evidencien en las pruebas de despistaje, para lograr una canalización adecuada de los mismos y mejorar la calidad de vida de estas pacientes, su salud integral y consecuentemente prevenir el desarrollo de la DM a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Reus V. Psychiatric Disorders. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. International Edition; 1998, 14th Edition, p. 2485-2502.
- 2) Luna M, Hamana L, Colmenares Y, y Maestre C. Ansiedad y Depresión. AVFT, Caracas 2001; (2) 20.
- 3) Marsiglia I. Depresión: Visión holística de la medicina interna. Gac Méd Caracas 2008; (1) 116.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Información sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental, nuevo conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado en Enero 15, 2012 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.
- 5) Kessler, R. Epidemiología de la Depresión. Guilford Publications: USA, 2002.
- 6) Kohn R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18(4/5): 229-40.
- 7) Griffith L. y Lustman P. Depression in Women With Diabetes. Diabetes Spectrum.1999; 10 (3).
- 8) Pineda N, Bermúdez B, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M, et al. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes Mellitus tipo 2. AVFT Caracas, 2004; .23: (1).
- 9) Raikonen K, Matthews K. y Kuller L. Depressive Symptoms and Stressful Life Events Predict Metabolic Syndrome Among Middle-Aged Women. Diabetes Care. April 2007; 30: (4) 872-877.
- 10) Okada S, Hamada H, Ishii K, Tanokuchi S, y Ota Z. Factors related to stress in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. J Int Med. 1995; 23: 449-457.
- 11) Issler J, Almirón M, Gamarra S, y González M. Diabetes Gestacional. Rev Postgrado de la Vía, UNNE 2005; 152: 23-27.
- 12) Cheung N, Byth K: The population health significance of gestational diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 2005-2009.
- 13) Rivas A, González J, Guevara M, y Dávila S. Alteraciones Clínicas-Metabólicas en mujeres con diabetes gestacional previa. Rev. Obstet Ginecol Venez. Caracas 2010; 70: (1).
- 14) Smith J, Cheung N, Bauman A, Zehle K, y Mclean M. Postpartum Physical Activity and Related Psychosocial Factors Among Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2005; 28: (11).
- 15) Lee A, Lam S, Siu K, Sze S, Chong C, Chui H, et al. "Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression". Obstetrics & Gynecology 2007; 110: (5) 1102-12.
- 16) Leonetti L y Martins M. "Ansiedad Maternal en el Período Prenatal y Postnatal: Revisión de la Literatura". Revista Latino-Americana de Enfermagem 2007; 15: (4) 677- 83
- 17) Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Artículo de revisión. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría 2010; 48: (4) 269-278.
- 18) Chavéz J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L. Depresión y ansiedad en las embarazadas que acuden a la consulta de perinatología-medicina materno fetal del hospital materno infantil Dr. José María Vargas en el período Junio-Agosto de 2012. (Tesis) Carabobo. Universidad de Carabobo; 2012.
- 19) Beck A, Steer R. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology. 1984; 40: 1365-1367.
- 20) Beck A, Steer R, G. M. Garbin. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988; 8: 77-100.
- 21) Conde V y Useros, E. Adaptación Castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. Rev. Psiquiatr Psicol. Med 1975 Eur A, 12: 217-236.
- 22) Bulbena A, Berrio G, Fernández P. "Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología". (2da Reimpresión). Masson:Barcelona, España; 2003, p.373.