

DIABETES Y DEPRESIÓN EN NIÑOS, PREADOLESCENTES, ADOLESCENTES Y ADULTOS QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO 1

Juan Leonardo García Gómez*

RESUMEN

Estudio sobre la depresión de la realidad de 156 niños y preadolescentes y 113 adolescentes y adultos, pacientes diabéticos del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, comparados con 171 niños y preadolescentes y 134 adolescentes y adultos, en grupo control que no padecen esta enfermedad, encontrándose mayores grados de depresión en los niños, preadolescentes, adolescentes y adultos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1.

PALABRAS CLAVE: diabetes, depresión, autoestima, depresivos varios.

ABSTRACT

«Diabetes and depression in children, preadolescents, adolescents and adults suffering diabetes mellitus type 1». Study on the depression of the reality of 156 children and preadolescents and 113 adolescent and adult, patient diabetic of the University Hospital Ntra. Sra. de Candelaria, compared with 171 children and preadolescents and 134 adolescent and adult, in group control that they do not suffer this disease, being found greater degrees of depression in the children, preadolescents, adolescent and adult that suffer Diabetes Mellitus Type 1.

KEY WORDS: diabetes, depression, selfconcept, dismal several.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus se caracteriza fundamentalmente por una elevación de la glucosa en sangre (glucemia) con aparición de la misma glucosa en orina (glucosuria). Es, por tanto, una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono o azúcares, de los cuales el más importante es la glucosa. Pero al mismo tiempo, se altera el metabolismo de las proteínas y de las grasas. Si estas alteraciones se producen de forma poco intensa o muy gradualmente, el sujeto presentará una sintomatología caracterizada por comer abundantemente (polifagia), orinar mucho (poliuria) y a veces cansancio (astenia). Unas veces adelgazan, otras engordan. Cuando la aparición de la diabetes es brusca, por ejemplo, en los jóvenes, o a una diabetes leve se le suma otros factores, se pierde peso sin causa aparente y pueden aparecer



complicaciones agudas del tipo del coma diabético. Cuando la diabetes aparece lentamente, en los adultos, generalmente se gana peso. En todo caso, el diabético está expuesto a que a la larga, al cabo de muchos años, puedan aparecerle complicaciones en los ojos, riñón, corazón, vasos y nervios, complicaciones que se pueden evitar si la diabetes es bien controlada desde un principio.

Tanto la prevalencia (porcentaje de la población afectada) como la incidencia (número de casos nuevos por año) sólo pueden calcularse por aproximación, debido a la falta de un método específico para identificación del individuo con diabetes. Sin embargo, resulta claro que la diabetes constituye una de las enfermedades crónicas más comunes y que llega a afectar al 1,5% de la población total.

En Canarias se observa que existe una incidencia anual de 23,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en menores de 15 años de edad durante 1995-1996 (Carrillo, 2000), lo que sitúa a Canarias entre las regiones de Europa con tasas más elevadas, junto a Finlandia y algunas islas mediterráneas. Según la Encuesta Nutricional de Canarias de 1997-1998 (Servicio del Plan de Salud e Investigación del Servicio Canario de Salud, 1999), que utiliza los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) es de 8,7% para el conjunto de la población canaria de 6 a 75 años de edad, descendiendo hasta 6,9% si consideramos la población de 18 a 75 años de edad.

El papel de los factores psicológicos en la diabetes ha sido reconocido desde hace mucho tiempo. En el siglo XVII, Willis (1674) afirmó que el desorden era «tristeza prolongada». Doscientos años más tarde, Maudsley (1899) comentó la importancia de la ansiedad como una correlación del desarrollo de la diabetes. Dunbar y cols. (1936) creían que el paciente con diabetes tenía ciertas características de personalidad que lo diferenciaban de otros grupos de enfermedades. Estas incluían conflictos de dependencia - independencia, pobre ajuste sexual, ansiedad, depresión e indicios paranoicos.

En investigaciones con adolescentes diabéticos han encontrado diferencias entre diabéticos y el grupo control con el inventario de depresión de Beck. En los diabéticos se observó altos niveles de depresión que el grupo control (Sullivan, 1979).

Jacobson, Hauser, Powers y Noam (1984) realizaron las mismas pruebas a tres grupos de jóvenes adolescentes: pacientes diabéticos, psiquiátricos no psicóticos y a un grupo de estudiantes. Los niveles de depresión y de los diabéticos no eran significativamente diferentes al grupo de los estudiantes.

Según los estudios de Martínez, Lastra y Luzuriaga (2001), sobre las características psicosociales de los niños y adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1, llegan a la conclusión de que los niños y adolescentes con diabetes muestran un ajuste psicosocial adecuado y no presentan mayores grados de ansiedad o depresión por sufrir la enfermedad.

* Juan Leonardo GARCÍA GÓMEZ es doctor en pedagogía, profesor del aula hospitalaria del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en Tenerife, que investiga la calidad de vida de los niños y adultos con diabetes mellitus Tipo 1.

El estrés emocional afecta directamente al metabolismo. La liberación de adrenalina por los estímulos estresores aumenta la liberación de glucosa por el hígado y los músculos y acelera el catabolismo de las grasas. Esta reacción en sí mismo no es nociva pero en el diabético puede desajustar su precario equilibrio metabólico y/o equilibrio emocional cuando el estrés es prolongado (Tanow y cols., 1981 y Polaino y Gil, 1990).

1. MÉTODO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EN NIÑOS Y PREADOLESCENTES

Del total de pacientes diabéticos diagnosticados en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria en Tenerife y que reciben asistencia médica en la consulta de Endocrinología Infantil del Departamento de Pediatría de dicho Hospital, se toma una muestra de 156 pacientes diabéticos, diagnosticados con Diabetes Mellitus, con los siguientes criterios:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1 conforme a los criterios diagnósticos de la enfermedad establecidos y aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985).
- b) Edad de 8 a 15 años.
- c) Vivir en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Para el grupo control de referencia se toma una muestra en dos colegios, uno en la periferia de Santa Cruz de Tenerife y otro en La Laguna, con un total de 171 alumnos de 8 a 15 años, que viven en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y que no padezcan esta patología.

Todos los pacientes diabéticos y no diabéticos proceden de los municipios de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, con niveles socioeconómicos de todo tipo (bajo, medio y alto) y proceden de zonas urbanas, de los cuales 80 son varones y 76 mujeres en el grupo diabético y 93 varones y 78 mujeres en el grupo control.

En la variable Género, en el grupo diabético los varones representan un 51,3% y las mujeres un 48,7%. En el grupo control los varones representan el 54,4% y las mujeres el 45,6%.

En la variable Edad, en el grupo diabético se observan mayores porcentajes en intervalos de edad de 12 a 15 años, representando el 53,8%, y de 8 a 11 años, representando el 46,2%. En el grupo control se observan mayores porcentajes en intervalos de edad de 8 a 11 años, representando el 50,9%, y de 12 a 15 años, representando el 49,1%.

En la variable Nivel Educativo, en el grupo diabético los mayores porcentajes corresponden a los pacientes de 5º de Educación Primaria, representan el 19,2%, seguido de 1º y 2º de la ESO, con un 16% de Educación Secundaria respectivamente, y de 6º de Educación Primaria, representando el 14,7%. En el grupo control se observan mayores porcentajes del 22,2% en 6º de Primaria, 19,3% en 5º de Primaria y 16,4% en 1º de la ESO.



En la variable Retraso Escolar, en el grupo diabético el 39% de los pacientes tienen retrasos escolares, siendo su mayor incidencia aquellos pacientes con 1 año de retraso, representando el 34%, seguido del 3,8%, 0,6% y 0,6%, con 2, 3 y 4 años de retraso escolar, y el 60,9% sin retraso escolar. En el grupo control el 38,6% de los sujetos tienen retrasos escolares, siendo su mayor incidencia aquellos sujetos con 1 año de retraso, representando el 33,3%, seguido del 5,3% con 2 años de retraso escolar, y el 61,4% sin retraso escolar.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

Del total de pacientes diabéticos diagnosticados en el Hospital objeto de esta investigación y que reciben asistencia médica en la consulta de Endocrinología Infantil (en unos casos) y pacientes diabéticos conocidos que reciben asistencia médica en la consulta de Endocrinología de adolescentes y adultos o que ingresan en la Unidad de Endocrinología de adolescentes y adultos (en otros casos), se toma una muestra de 113 pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus, con los siguientes criterios:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1 conforme a los criterios diagnósticos de la enfermedad establecidos y aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985).
- b) Edad a partir de 16 años.
- c) Vivir en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Para el grupo control de referencia se toma una muestra en los dos colegios citados anteriormente, alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, alumnado en prácticas, profesionales de la salud y personas en general, con una población de 134 sujetos a partir de 16 años, que vivan en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y que no padezcan esta patología.

Todos los pacientes diabéticos y no diabéticos proceden de los municipios de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, con niveles socioeconómicos de todo tipo (bajo, medio y alto) y que proceden de zona rural y urbana, de los cuales 62 son varones y 51 mujeres en el grupo diabético y 35 varones y 99 mujeres en el grupo control.

En la variable Género, en el grupo diabético los varones representan un 54,9% y las mujeres un 45,1%. En el grupo control los varones representan el 26,1% y las mujeres el 73,9%.

En la variable Edad, en el grupo diabético se observan los siguientes porcentajes del 47,8%, 23%, 15,9% y 13,3%, los pacientes con diabetes en intervalos de edades de (de 16 a 25 años), (de 26 a 35 años), (mayores de 45 años) y (de 36 a 45 años) respectivamente. En el grupo control se observan los siguientes porcentajes del 55,2%, 20,9%, 14,2% y 9,7%, los sujetos que no padecen esta enfermedad en intervalos de edades de (de 16 a 25 años), (de 26 a 35 años), (mayor de 45 años) y (de 36 a 45 años) respectivamente.



En la variable Estado Civil, en el grupo diabético se observan los siguientes porcentajes: el 61,9% están solteros, el 30,1% casados, el 4,4% separado, el 0,9% divorciado y viudo respectivamente y otros el 1,8%. En el grupo control se observa que el 73,1% son solteros, el 20,9% casados y el 2,2% separados y divorciados respectivamente y el 1,5% son viudos.

En la variable Situación Laboral, en el grupo diabético se observan los siguientes porcentajes; el 33,6% pertenecen a la categoría: Resto de trabajadores, que corresponden a trabajos relacionados con contra maestres, capataces, obreros cualificados y especializados, trabajadores de servicios, transporte, hostelería, floristas, bomberos, camareros, cocineros, jardineros, celadores, recepcionista, vigilantes, jornaleros, etcétera, el 26,5% de la muestra no trabajan, pertenecen a la categoría: Estudiantes y el 20,4% pertenecen a la categoría: Otras situaciones, relacionados con amas de casa, situaciones de desempleo, pensionista por cualquier concepto, empleados, dependientes, etcétera. En el grupo control se observa que el 55,2% pertenecen a la categoría: Estudiantes; el 15,7% pertenecen a la categoría: Técnicos profesionales, relacionados con arquitectos, economistas, ingenieros, médicos, farmacéutico, peritos, maestros, enfermeras, matronas, dietistas, etcétera, y el 10,4% pertenecen a la categoría: Resto de trabajadores, que corresponden a trabajos relacionados con contra maestres, capataces, obreros cualificados y especializados, trabajadores de servicios, transporte, hostelería, floristas, bomberos, camareros, cocineros, jardineros, celadores, recepcionista, vigilantes, jornaleros, etcétera.

En la variable Titulación a nivel de estudios alcanzados, en el grupo diabético el 46% de los pacientes han alcanzado estudios primarios, el 37,2% estudios secundarios, el 10,6% estudios universitarios y el 6,2% sin estudios. En el grupo control el 54,5% de los sujetos ha alcanzado estudios secundarios, el 28,4% estudios universitarios y el 17,2% estudios primarios.

1.3. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Se recogió información sobre el grado de depresión de los niños y preadolescentes enfermos de Diabetes Mellitus Tipo 1. Para ello se administró un cuestionario estandarizado de reconocida fiabilidad como es el Cuestionario de Depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher en la adaptación española de TEA del año 1997. A los adolescentes y adultos se les administró los cuestionarios *Breve CET-DE* de Alonso, 1986 y el *Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión* —CET-DE de Alonso, 1986. También se le administraron los cuestionarios a los sujetos del grupo control.

2. RESULTADOS

En el Cuestionario CDS en las muestras originales se observó una buena fiabilidad y consistencia interna, a través del coeficiente de alfa de Cronbach de 0,96. Los coeficientes de fiabilidad por elementos fueron: 0,37 en AA; 0,41 en RA;

0,39 en PS; 0,39 en AE; 0,38 en PM; 0,52 en SC; 0,33 en DV; 0,47 en PV; 0,51 en TD y 0,48 en TP. En nuestra muestra, en el grupo diabético se obtiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,9011 y por elemento 0,8986 en AA; 0,8872 en RA; 0,8828 en PS; 0,8827 en AE; 0,8903 en PM; 0,8985 en SC; 0,8894 en DV; 0,9057 en PV; 0,8744 en TD y 0,8998 en TP. En el grupo control se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,9301 y por elementos 0,9283 en AA; 0,9186 en RA; 0,9191 en PS; 0,9189 en AE; 0,9260 en PM; 0,9266 en SC; 0,9225 en DV; 0,9301 en PV; 0,9122 en TD y 0,9261 en TP.

En la figura 1 podemos observar que en el grupo diabético los decatipos 2,3,8 y 9 aparecen con puntuaciones más altas en la mayoría de las subescalas, lo que supone mayores predisposición a problemas en: Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por la Muerte/Salud, Depresivos Varios, Positivos Varios, Total Positivos y en el Total Depresivo. Sin embargo, no tienen problemas en Ánimo Alegría y Sentimiento de Culpabilidad.

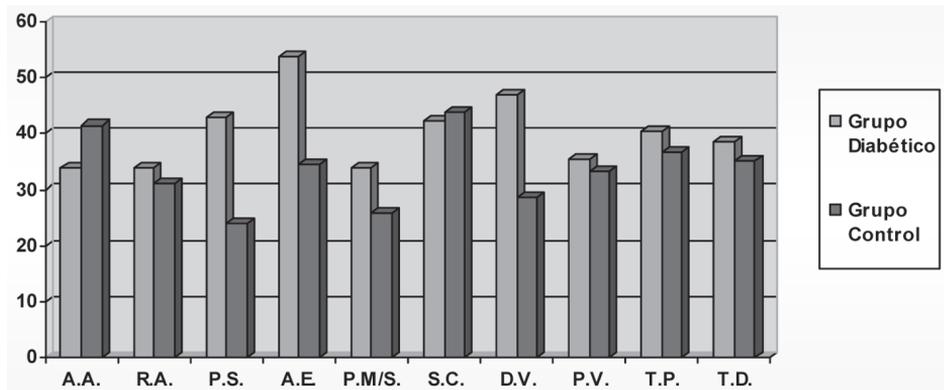


Figura 1. Decatipos 2, 3, 8, y 9 (con depresión).

En el Cuestionario BREVE CET-DE en las muestras originales se observó una buena fiabilidad y consistencia interna, se ha obtenido un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,61. Los coeficientes de fiabilidad por elementos fueron: 0,90 Humor Depresivo; 0,70 Anergía; 0,90 Discomunicación y 0,90 Ritmopatía. En nuestra muestra, en el grupo diabético se obtiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,7818 y por elemento fueron: 0,7577 Humor Depresivo; 0,6890 Anergía; 0,7077 Discomunicación y 0,734 Ritmopatía. En el grupo control se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,7141 y por elementos fueron: 0,6124 Humor Depresivo; 0,6198 Anergía; 0,7349 Discomunicación y 0,6682 Ritmopatía.

En la figura 2, podemos ver que en el grupo diabético las dimensiones con valores iguales o superiores a 8, lo que significa con síntomas de depresión, son: Humor Depresivo, Anergía, Discomunicación y Ritmopatía.

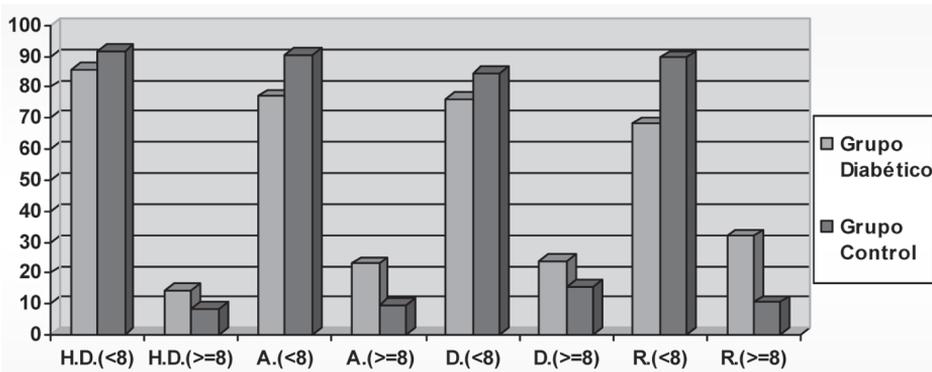


Figura 2. $x < 8$ (sin depresión) y $x \geq 8$ (con depresión).

En el Cuestionario CET-DE en las muestras originales se observó una buena fiabilidad y consistencia interna, se ha obtenido un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,60. Los coeficientes de fiabilidad por dimensiones fueron: 0,90 Humor Depresivo; 0,70 Anergia; 0,90 Discomunicación y 0,90 Ritmopatía. En nuestra muestra, en el grupo diabético se obtiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,9411 y por dimensiones fueron: 0,9292 Humor Depresivo; 0,9295 Anergia; 0,9345 Discomunicación; 0,9425 Ritmopatía y 0,9019 Puntuación Total Media. En el grupo control se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,9510 y por dimensiones fueron: 0,9450 Humor Depresivo; 0,9466 Anergia; 0,9379 Discomunicación; 0,9496 Ritmopatía y 0,9183 Puntuación Total Media.

En la figura 3, podemos ver que, en el grupo diabético las dimensiones con valores iguales o superiores a 32, lo que significa con síntomas de depresión, son: Humor Depresivo, Anergia, Discomunicación y Ritmopatía.

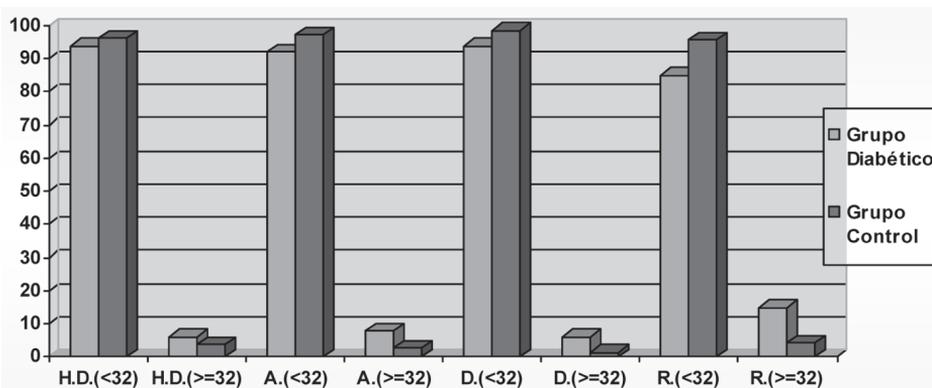


Figura 3. $x < 32$ (sin depresión) y $x \geq 32$ (con depresión).

3. DISCUSIÓN

Hipótesis 1: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 no tienen mejores niveles de Respuesta Afectiva, en comparación a la muestra de la población general».

Según los resultados obtenidos al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Retraso Escolar, encontramos diferencias significativas en la subescala Respuesta Afectiva ($p \leq ,058$), del 100% de los sujetos sin retraso, el 11,5% obtienen valores extremos, el 61,0% valores promedios y el 27,5% gran desviación, frente a los sujetos con retraso donde los valores obtenidos son: un 9,4% en valores extremos, un 50,4% en valores promedios y un 40,2% de gran desviación. Por tanto, en los sujetos sin retraso existe un porcentaje menor con tendencia a manifestar problemas de Respuesta Afectiva, frente a los sujetos con retraso.

Se observó que el grupo diabético obtiene porcentajes (aunque de manera inapreciable), superiores en comparación a la muestra de la población general.

Se observó que el grupo diabético obtiene porcentajes (Gran Desviación), superiores en comparación a la muestra de la población general, aunque no de manera significativa.

Por ello, afirmamos con prudencia que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 manifiestan problemas en la subescala Respuesta Afectiva, los que tienen retraso escolar, pero no los niños y preadolescentes de la muestra de la población general.

Hipótesis 2: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 no tienen mejores niveles de Problemas Sociales, en comparación a la muestra de la población general».

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Grupos, es significativa la subescala: Problemas Sociales ($p \leq ,001$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 9% obtiene valores extremos, el 48,1% valores promedios y el 42,9% gran desviación, frente al grupo control donde los valores obtenidos son: un 8,8% en valores extremos, un 67,3% en valores promedios y un 24% de gran desviación. Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar Problemas Sociales, frente al grupo diabético.

Podemos observar que el grupo diabético obtiene porcentajes (Gran Desviación) superiores en comparación a la muestra de la población general.

Por lo que deducimos que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 manifiestan problemas en la subescala Problemas Sociales, al contrario de la muestra de la población general. Este resultado es novedoso en la medida que no existen antecedentes de otros estudios que hayan obtenidos datos en este sentido.

Hipótesis 3: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 no tienen mejores niveles de Preocupación por la Muerte/Salud, en comparación a la muestra de la población general».

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Género, encontramos diferencia significativa en la subescala Preocupación por la Muer-



te/Salud ($p \leq ,013$), del 100% de los varones, el 2,9% obtienen valores extremos, el 67,1% valores promedios y el 30,1% gran desviación, frente a las mujeres, donde los valores obtenidos son: un 11,0% en valores extremos, un 59,7% en valores promedios y un 29,2% de gran desviación. Por tanto, en las mujeres existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas en Preocupación por la Muerte/Salud, frente a los varones.

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Nivel Educativo, encontramos diferencias significativa en la subescala Preocupación por la Muerte/Salud ($p \leq ,053$), del 100% de los sujetos de educación primaria, el 9,4% obtienen valores extremos, el 63,5% valores promedios y el 27,1% gran desviación, frente a la educación secundaria, donde los valores obtenidos son: un 3,0% en valores extremos, un 63,7% en valores promedios y un 33,3% de gran desviación. Por tanto, en la educación primaria existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas en Preocupación por la Muerte/Salud, frente a la educación secundaria.

Podemos observar que el grupo diabético obtiene porcentajes (Gran Desviación) superiores en comparación a la muestra de la población general.

Por ello, afirmamos que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 manifiestan problemas en la subescala Preocupación por la Muerte/Salud, en los varones, en educación secundaria, pero no los niños y preadolescentes de la muestra de la población general.

Hipótesis 4: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 no tienen mejores niveles de Sentimiento de Culpabilidad, en comparación a la muestra de población general».

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Grupos, encontramos diferencia significativa en la subescala Sentimiento de Culpabilidad ($p \leq ,031$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 10,9% obtienen valores extremos, el 46,8% valores promedios y el 42,3% gran desviación, frente al grupo control, donde los valores obtenidos son: un 3,5% en valores extremos, un 52,6% en valores promedios y un 43,9% de gran desviación. Por tanto, en el grupo diabético existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas de Sentimiento de Culpabilidad, frente al grupo control.

Podemos observar que, el grupo control obtiene porcentajes (Gran Desviación) superiores en comparación a los niños y preadolescentes del grupo diabético.

Por lo que deducimos que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 no manifiestan problemas en la subescala Sentimiento de Culpabilidad, pero sí la muestra de la población general.

Hipótesis 5: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 no tienen mejores niveles de Depresivos Varios, en comparación a la muestra de la población general».

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Grupos, encontramos diferencia significativa en la subescala Depresivos Varios ($p \leq ,000$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 14,1% obtienen valores extre-

mos, el 39,1% valores promedios y el 46,8% gran desviación, frente al grupo control, donde los valores obtenidos son: un 4,7% en valores extremos, un 66,7% en valores promedios y un 28,7% de gran desviación. Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas en Depresivos Varios, frente al grupo diabético.

Podemos observar que el grupo diabético obtiene porcentajes (Gran Desviación) superiores en comparación a la muestra de la población general y las medias son superiores en el grupo diabético.

Por lo que deducimos que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 manifiestan problemas en la subescala Depresivos Varios, pero no los niños y preadolescentes de la muestra de la población general.

Hipótesis 6: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan niveles de Autoestima más bajos que la muestra de la población general».

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Grupos, es significativa la subescala Autoestima ($p \leq ,001$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 9,6% obtienen valores extremos, el 36,5% valores promedios y el 53,8% gran desviación, frente al grupo control, donde los valores obtenidos son: un 8,8% en valores extremos, un 56,7% en valores promedios y un 34,5% de gran desviación. Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas de Autoestima, frente al grupo diabético; por lo que los sujetos del grupo diabético manifiestan mayores problemas de autoestima.

El grupo diabético obtiene porcentajes (Gran Desviación) superiores en comparación a la muestra de la población general y las medias son superiores en el grupo diabético.

Podríamos argumentar en investigaciones con adolescentes diabéticos han encontrado diferencias entre grupo diabético y grupo control con el inventario de depresión de Beck. En los diabéticos se observó altos niveles de depresión (Sullivan, 1979).

Jacobson, Hauser, Powers y Noam (1984) realizaron pruebas de autoestima a tres grupos de jóvenes adolescentes: pacientes diabéticos, psiquiátricos no psicóticos y a un grupo de estudiantes. En este estudio observó que los niveles de autoestima de los diabéticos no eran significativamente diferentes al grupo de los estudiantes. Mientras que los pacientes psiquiátricos tuvieron niveles de autoestima más bajo que los otros grupos.

Los estudios de Martínez, Lastra y Luzuriaga (2001), en un estudio sobre las características psicosociales de los niños y adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1, llegan a la conclusión de que los niños y adolescentes con Diabetes muestran un ajuste psicosocial adecuado y presentan una peor Autoestima por sufrir la enfermedad.

En resumen, nosotros corroboramos la primera y tercera investigación y refutamos la segunda, ya que en nuestra investigación los pacientes diabéticos presentan unos valores significativos en los niveles de autoestima, siendo porcentajes negativos más altos en el grupo diabético en comparación con el grupo control, es



decir, que la autoestima es baja, posiblemente son niños y preadolescentes, que presentan conceptos y actitudes negativas en relación a su propia estima y valor.

Por ello afirmamos que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan niveles de autoestima más bajos que la muestra de la población general.

Hipótesis 7: «Los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan elevados grados de Depresión por sufrir su enfermedad, en comparación a la muestra de población general».

Al comparar el coeficiente de contingencia en función de la variable Grupos, es significativa la subescala Total Depresivo ($p \leq ,003$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 20,5% obtienen valores extremos, el 41% valores promedios y el 38,5% gran desviación, frente al grupo control, donde los valores obtenidos son: un 8,8% en valores extremos, un 56,1% en valores promedios y un 35,1% de gran desviación. Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas en el Total Depresivo frente al grupo diabético, por lo que los sujetos del grupo diabético manifiestan mayores problemas depresivos. Podemos observar que, el grupo diabético obtiene porcentajes (Gran Desviación) superiores en comparación a la muestra de la población general.

Jacobson, Hauser, Powers y Noam (1984) realizaron las mismas pruebas a tres grupos de jóvenes adolescentes (entre ellos, un grupo de diabéticos), y observaron que los niveles de depresión de los diabéticos no eran significativamente diferentes al grupo de los estudiantes.

Los estudios de Martínez, Lastra y Luzuriaga (2001), en un estudio sobre las características psicosociales de los niños y adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1, llegan a la conclusión de que los niños y adolescentes con diabetes muestran un ajuste psicosocial adecuado y no presentan mayores grados de ansiedad o depresión por sufrir la enfermedad.

En resumen, a modo de discusión, nosotros afirmamos aunque con prudencia que, en nuestra muestra, los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan un mayor grado de depresión por sufrir su enfermedad o al menos están más predispuestos a padecerla, tanto en los niños como en preadolescentes. Posiblemente son niños y preadolescentes que tienen dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad, con negativas con su propia estima y valor.

Por ello afirmamos que los niños y preadolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan elevados grados de depresión, en comparación a la muestra de la población general.

Hipótesis 8: «Los adolescentes y adultos con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan elevados grados de Depresión, en comparación a la muestra de la población general».

Al comparar los coeficientes de contingencia de Grupos, en el Cuestionario Breve CET-DE encontramos diferencias significativas respecto a la dimensión: Anergía ($p \leq ,004$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 77% obtienen puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y el 23% puntuaciones iguales

o mayores que 8 (con síntomas depresivos), frente al grupo control donde los valores obtenidos son: un 90,3% con puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y un 9,7% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos). Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente al grupo diabético y en la dimensión Ritmopatía ($p \leq ,000$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 68,1% obtiene puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y el 31,9% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos), frente al grupo control, donde los valores obtenidos son: un 89,6% con puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y un 10,4% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos). Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente al grupo diabético.

En función de la variable Situación Laboral, encontramos diferencias significativas respecto a la dimensión Ritmopatía ($p \leq ,010$), del 100% de los estudiantes, el 87,5% obtiene puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y el 12,5% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos), frente a los trabajadores, donde los valores obtenidos son: un 74,1% con puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y un 25,9% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los estudiantes existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los trabajadores.

En función de la variable Titulación a nivel de estudios alcanzados, encontramos diferencias significativas respecto a la dimensión Anergía ($p \leq ,002$), del 100% de los sujetos sin estudios, el 42,9% obtiene puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y el 57,1% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos), frente a los sujetos con estudios, donde los valores obtenidos son: un 85,4% con puntuaciones menores que 8 (sin síntomas depresivos) y un 14,6% puntuaciones iguales o mayores que 8 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los sujetos con estudios existe un porcentaje menor con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los sujetos sin estudios.

Al comparar los coeficientes de contingencia en función de la variable Grupos, en el Cuestionario CET-DE encontramos diferencias significativas respecto a la dimensión Discomunicación ($p \leq ,049$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 93,8% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 6,2% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente al grupo control donde los valores obtenidos son: un 98,5% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 1,5% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente al grupo diabético; y en la dimensión Ritmopatía ($p \leq ,004$), del 100% de los sujetos del grupo diabético, el 85% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 15% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente al grupo control donde los valores obtenidos son: un 95,5% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 4,5% puntuaciones



nes iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en el grupo control existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente al grupo diabético.

En función de la variable Situación Laboral, encontramos diferencias significativas respecto a la dimensión Ritmopatía ($p \leq ,001$), del 100% de los estudiantes, el 98,1% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 1,9% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente a los trabajadores, donde los valores obtenidos son: un 85,3% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 14,7% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los estudiantes existe un porcentaje menor de sujetos con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los trabajadores.

En función de la variable Titulación a nivel de estudios alcanzados, encontramos diferencias significativas respecto a la dimensión Humor Depresivo ($p \leq ,003$), del 100% de los sujetos sin estudios, el 71,4% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 28,6% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente a los sujetos con estudios, donde los valores obtenidos son: un 95,8% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 4,2% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los sujetos con estudios existe un porcentaje menor con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los sujetos sin estudios; en la dimensión Anergía ($p \leq ,005$), del 100% de los sujetos sin estudios, el 71,4% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 28,6% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente a los sujetos con estudios, donde los valores obtenidos son: un 95,4% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 4,6% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los sujetos con estudios existe un porcentaje menor con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los sujetos sin estudios; en la dimensión Discomunicación ($p \leq ,000$), del 100% de los sujetos sin estudios, el 71,4% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 28,6% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente a los sujetos con estudios, donde los valores obtenidos son: un 97,1% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 2,9% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los sujetos con estudios existe un porcentaje menor con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los sujetos sin estudios; y en la Puntuación Total Media ($p \leq ,002$), del 100% de los sujetos sin estudios, el 71,4% obtiene puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y el 28,6% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos), frente a los sujetos con estudios, donde los valores obtenidos son: un 96,3% con puntuaciones menores que 32 (sin síntomas depresivos) y un 3,8% puntuaciones iguales o mayores que 32 (con síntomas depresivos). Por tanto, en los sujetos con estudios existe un porcentaje menor con tendencia a manifestar problemas con indicios de depresión, frente a los sujetos sin estudios.

En resumen, en el Cuestionario Breve CET-DE, en el grupo diabético existe una tendencia mayor a manifestar problemas en la dimensión Anergía, los que



no tienen estudios y en la dimensión Ritmopatía, con mayores porcentajes con indicios de depresión en los trabajadores. En el Cuestionario CET-DE, en el grupo diabético existe una tendencia mayor a manifestar problemas en la dimensión Discomunicación, con mayores porcentajes los sujetos que no tienen estudios y Ritmopatía, con mayores porcentajes con indicios de depresión en los trabajadores. También son significativos los que no tienen estudios en la dimensión Humor Depresivo, Anergía y Puntuación Total Media.

En investigaciones con adolescentes diabéticos han encontrado diferencias entre diabéticos y el grupo control con el inventario de depresión de Beck. En los diabéticos se observó altos niveles de depresión en comparación al grupo control (Sullivan, 1979).

Por todo ello, confirmamos que los adolescentes y adultos con Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan elevados grados de depresión en comparación a la muestra de la población general.

4. CONCLUSIONES

1. Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (niños y preadolescentes) presentan puntuaciones elevadas en las dimensiones referidas a Problemas Sociales y reflejan síntomas de aspectos Depresivos Varios, así como en su Respuesta Afectiva y Preocupación por la Muerte/Salud; sin embargo, en los Sentimientos de Culpabilidad manifiestan mayores problemas los sujetos de la muestra de la población general.
2. Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (niños y preadolescentes) presentan niveles de Autoestima bajos, en comparación a los sujetos de la muestra de la población general.
3. Los niños y preadolescentes que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1 presentan elevados grados de Depresión, en comparación a los sujetos de la muestra de la población general.
4. Los adolescentes y adultos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1 muestran elevados grados de Depresión, en comparación a la muestra de la población general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, F.F. (1986). (Breve CET-DE). *Versión Breve del Cuestionario Estructural para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*. Madrid: Ediciones TEA, S.A.
- CARRILLO, D.A., y GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA SOCIEDAD CANARIA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN (2000). «Incidencia de Diabetes Mellitus tipo 1 en las Islas Canarias (1995-1996)». *Revista Clínica Española*, 200 (5), 257-260.
- DUNBAR, H.F. y cols. (1936). «Psychiatric aspects of medical problems». *American Journal of Psychiatry*, 93, 649-79.



- GARCÍA, G.J.L. (2005). *Evaluación de la Calidad de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitas Tipo 1: El caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Candelaria*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna. Islas Canarias. Tenerife.
- JACOBSON, A.M., HAUSER, S.T. POWERS, S. y NOAN, G. (1984). «The influences of chronic illness and ego development on self-esteem in diabetic and psychiatric adolescent patients». *Journal of Youth & Adolescence*, 13 (6), 489-507.
- LANG, M. y TISHER, M. (1997). *Children's Depression Scale (Cuestionario de Depresión para Niños, CDS)*. Madrid: Ediciones TEA, S. A.
- MARTÍNEZ C.M.J., LASTRA M.I. y LUZURIAGA T.C. (2001). «Psychosocial characteristics of children and adolescents with type 1 diabetes mellitus», 55 (5), 406-412. Recurso Electrónico: db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?rev=37&vol=5.
- MAUDSLEY, H. (1899). *The pathology of mind*. Nueva York: Appleton.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1981). *Estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DIABETES MELLITUS. (1985). *Informe de un grupo de estudio de la OMS*. Serie Informes Técnicos, núm. 727. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (XXXIX Reunión). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (XLVIII Reunión). *Declaración de las Américas sobre la Diabetes*, 12 de agosto de 1996.
- POLAINO, A.L. y GIL R.J.N. (1990). *La Diabetes*. Madrid: Martínez Roca.
- CANARIO DE SALUD (1999). «Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998». Volumen 2: *Factores de riesgo cardiovascular*. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.
- SULLIVAN, B.J. (1979). «Adjustment in diabetic adolescent girls: II. Adjustment, self-esteem and depression in diabetic adolescent girls», *Psychosomatic Medicine*. Mar, 41 (2), 127-138.
- TANOW, J.D. y cols. (1981). «The psychophysiological aspects of stress in juvenile diabetes mellitus». *Psychiatry Med*, 11, 25-44.
- WILLIS, T. (1674). *Pharmaceutice rationali, sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore*. 2 volumes. England: Universidad Oxford.