

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Azzollini, Susana; Benvenuto, Analía; Bail Pupko, Vera; Vidal, Victoria A.
MANIFESTACIONES DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON DIABETES

TIPO 2: UN ABORDAJE CUALITATIVO

Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 279-285

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949066>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MANIFESTACIONES DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: UN ABORDAJE CUALITATIVO

MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: A QUALITATIVE APPROACH

Azzollini, Susana¹; Benvenuto, Analía²; Bail Pupko, Vera³; Vidal, Victoria A.⁴

RESUMEN

En el marco de un proyecto UBACyT más amplio, se realizó un estudio exploratorio con un abordaje cualitativo con el objetivo de identificar las manifestaciones de síntomas depresivos en el discurso de los pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a consultorios externos de un hospital público dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

Se realizaron 23 entrevistas en profundidad a una muestra no probabilística intencional de pacientes de entre 40 y 80 años de edad que concurrían a consultorios externos de Diabetología y Nutrición. Se realizó un análisis categorial basado en la Teoría Fundamentada y el método comparativo continuo.

Las principales categorías emergentes fueron: miedos y preocupaciones (ante las crisis de la enfermedad, ante las secuelas, ante la aplicación de insulina y ante la posibilidad de la transmisión genética); angustia (ante el impacto inicial del diagnóstico, en relación a los cambios de hábitos que implica el tratamiento, por la percepción de falta de apoyo familiar, como causa de la enfermedad); desgano en relación con los vínculos sociales (aislamiento) y efectos de las manifestaciones depresivas en la adherencia al tratamiento.

Los resultados muestran evidencias a favor del supuesto de la comorbilidad de ambas patologías.

Palabras clave:

Diabetes tipo 2 - Depresión - Hospital público

ABSTRACT

In the framework of a broader UBACyT project, an exploratory study was conducted with a qualitative approach with the aim of identifying manifestations of depressive symptoms in the speech of the patients with type 2 diabetes attending surgeries of a public hospital of the Government of Buenos Aires (GCBA). 23 depth interviews were made of an intentional non-probabilistic sample of patients aged between 40 and 80, who attended the surgeries of Diabetology and Nutrition. A categorical analysis was performed based on the Grounded theory and the continuous comparative method.

The main emergent categories were: fears and concerns ('face to the disease' crisis, face to the squeals, face to the application of insulin and the possibility of genetics transmission); anguish (face to the initial impact of the diagnosis, in relation to changes in habits that implies the treatment, by the perception of lack of family support, because of the disease); listlessness in relation to the social links (isolation) and effects of the depression in the adherence to treatment. The results show evidence in favor of the course of the comorbidity of both disorders.

Key words:

Diabetes type 2 - Depression - Public hospital

¹Dra. en Psicología (UBA). Investigadora Adjunta (CONICET). Prof. Adjunta Psicología Social (Fac. de Psicología, UBA). Directora de proyectos subsidiados: UBACyT, PIP y PIDDEF. E-mail: susana1060@yahoo.com.ar

²Lic. en Psicología (UBA). Ayudante de Primera en Práctica Profesional: "Ámbito Comunitario: Familia y enfermedad crónica" (Fac. de Psicología de la UBA). Becaria UBACyT de maestría 2009-2012.

³Lic. en Psicología. Dra. en Psicología Social. Adjunta a cargo de la Práctica Profesional 632 de la Facultad de Psicología de la UBA. Investigadora de la Cátedra de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UBA.

⁴Lic. en Psicología (UBA). Docente de Psicología Social (UBA), investigadora de proyectos subsidiados UBACyT y PIDDEF.

INTRODUCCIÓN:

La diabetes es “una enfermedad endocrina y metabólica que afecta a la capacidad del páncreas para segregar insulina y cuya consecuencia principal es que la glucosa no puede ser metabolizada por las células” (Gil Roales-Nieto e Ibarra Sacarduy, 2006: 215). En la mayoría de los países de América, se están produciendo cambios de hábitos en la dieta, que se caracterizan por el aumento del consumo de alimentos con un denso contenido energético, junto al aumento de los hábitos sedentarios y la falta de actividad física. Estos cambios son los que contribuyen al incremento en las altas tasas de sobrepeso y obesidad en la región, que a su vez produce un aumento de la diabetes (OMS, 2009). En Argentina, según estimaciones del Ministerio de Salud Pública de la Nación (2009), hubo en el país 1.426.000 diabéticos en el año 2000 y se prevé que este número llegará a 2.457.000 en el año 2030. La importancia del problema es que el riesgo de muerte en los diabéticos es al menos dos veces mayor que el de las personas sin diabetes (OPS, 2010). La diabetes tipo 2 representa alrededor del 90% de todos los casos de diabetes y aparece con mayor frecuencia después de los 40 años. Según Arboix (2009) la diabetes tipo 2 se acompaña, por norma general, de obesidad y resistencia a la insulina, y se desarrolla en forma gradual.

En general, existen elevadas tasas de prevalencia de comorbilidades psicológicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Jiménes et al., 2008). Por ejemplo, la OMS (2009) señala que la relación entre la depresión y la diabetes es de especial interés en el siglo XXI, ya que ambas condiciones son grandes contribuyentes a la carga mundial de enfermedades.

Según el modelo de Beck (1967), la depresión parece mantenerse por medio de la presencia de esquemas de significado desadaptativos, “protegidos” y fortalecidos por alteraciones cognitivas en el modo de procesar la información, a su vez provocados por la acción de dichos esquemas. Los contenidos de estos esquemas se expresan a través de un tipo especial de pensamiento, denominado pensamiento automático. Ciertas actitudes disfuncionales podrían estar reflejando estos esquemas o supuestos básicos. Por lo tanto, según este modelo hay que medir las distorsiones cognitivas, los pensamientos automáticos y las actitudes disfuncionales. Según Bas y Andrés (1996) “*las distorsiones cognitivas son interpretaciones y predicciones que normalmente no se pueden justificar con la información disponible y que aparecen como respuestas ante experiencias vitales negativas, ambiguas o incluso manifiestamente positivas. Las alteraciones de la lógica inferencial son más acusadas cuanto mayor sea la gravedad del sujeto depresivo*” (p. 228). Los pensamientos automáticos, no son un rasgo de la persona sino un “estado” (Beck, 1983). Están compuestos por cuatro factores principales: mal ajuste personal y deseos de cambio, expectativas y autoconcepto negativo, baja autoestima, y desánimo e infelicidad. Las actitudes disfuncionales comprenden temas tales como atribuciones, expectativas de control, la probabilidad de que se den ciertos resultados deseados, normas de actuación perfeccionistas, ideas

rígidas acerca de las cosas que podrían ocurrir e interés en los juicios de los demás (Weissman y Beck, 1978). Según su presentación, la depresión puede ser de episodio único y recidivante, de remisión, de recuperación, de recaída o de recurrencia (Heinze, Villamil y Cortés, 2002). El padecer depresión no sólo afecta el estado anímico del paciente, sino que además influye notablemente en la aceptación de cualquier enfermedad y en la adhesión al tratamiento (Gaviria Gómez et al., 2007). La depresión es una reacción emocional que tiene un impacto que va más allá del propio malestar que implica, puesto que afecta a la puesta en marcha o no de conductas de autocuidado y de control de la enfermedad (Cantón Chirivella y Domingo Tarín, 2008). Justamente, se ha encontrado en pacientes con diversas patologías crónicas un mayor nivel del estado de ansiedad y depresión y una relación inversa y significativa entre el estado de ansiedad-depresión y la calidad de vida (Velasco Ballesteros, Álvarez Pérez y San Juan Miguelsanz, 2000).

OBJETIVO:

Identificar las manifestaciones de síntomas depresivos en el discurso de los pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a consultorios externos de un hospital público dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio: exploratorio con un abordaje cualitativo
Participantes y muestra: se entrevistó a una muestra no probabilística intencional de 23 pacientes de entre 40 y 80 años de edad que concurría a consultorios externos de Diabetología y Nutrición de un Hospital público dependiente del GCBA.

Técnicas para la recolección de los datos: se realizaron entrevistas en profundidad, cuyos ejes temáticos fueron: momento diagnóstico, estrategias de cuidado, secuelas, relación médico paciente, cambios en la vida cotidiana, apoyo familiar, fuentes de información acerca de la enfermedad, estrategias de cuidado ante otros problemas de salud agudos.

Análisis de los datos: se realizó un análisis categorial basado en la Teoría Fundamentada y el método comparativo continuo.

RESULTADOS:

A continuación, se presentan las categorías emergentes de los datos y frases que ejemplifican cada una de ellas.

Miedos y preocupaciones:

a. *Ante las crisis de la enfermedad:*

“Para miii, vos sabes que yo no le llevaba mucho la atención a la diabetes, no sé cómo te puedo explicar, para mí no era una enfermedad de gravedad porque mucha gente la padece. Hasta que me subió a 600, y ahí sí.

Pregunta: ¿qué sentía?

Respuesta: y estaba mal, la cabeza me iba a estallar, los oídos tapados y ese sonido que te hacen los oídos:

mmmm, que te hacen los oídos, me empecé a descomponer, a descomponer, y de la casa me sacaron a la rastra y me llevaron al hospital hasta que me bajaron el azúcar y me mandaron a la casa. Pero ese fue el susto más grande que me agarré". (Mujer, 56 años, 9 años de diagnóstico, primario incompleto, desempleada, tramitando pensión por invalidez)

"Cuando mi marido estaba enfermo yo llegué a tener 600, llegué a 600. De los nervios que pasaba llegué a tener 600, y me aplicaba la insulina y no bajaba, subía cada vez más. Un susto me pegué ese día porque nunca había tenido 600, llegué a tener 400, 200, pero 600, jamás. Pensé que me moría!". (Mujer, 57 años, 12 años de diagnóstico, primario incompleto, ama de casa).

En primer lugar, se observa que, con frecuencia, los pacientes sienten miedo cuando sufren las primeras crisis de la enfermedad sin estar diagnosticados, y/o ante las primeras crisis de hiperglucemia o hipoglucemias. En todos estos casos, lo que se encuentra en común es que, el miedo aparece ante lo desconocido. La imposibilidad de interpretar los síntomas que aparecen en el cuerpo genera altos montos de incertidumbre. Así, el miedo es provocado por la dificultad para comprender lo que les está sucediendo, pero también porque esos episodios confusos o ambiguos, son vividos como experiencias límites que activan pensamientos en relación a la propia muerte. En este sentido, en ocasiones, los pacientes les atribuyen, a dichas vivencias, desencadenar cambios a nivel conductual en relación a sus modos de afrontar el tratamiento. Como toda crisis, son identificadas como un punto de inflexión en su experiencia con la enfermedad, y como "un antes y un después" en sus conductas de cuidado.

b. Ante las secuelas:

"...te digo que yo me cuido por miedo, si después me hace mal me siento mal yo. Además no quiero molestar a mi hijo, ¿sabés?" (Mujer, 80 años, 38 años de diagnóstico, primario, jubilada)

"Qué voy a hacer!?, si uno no se cuida... porque muchos no le dan importancia a esta enfermedad, pero después te lastimas un pie, te cortan un dedo, te cortan otro y te cortan el pie. Yo a eso le tengo un miedo tremendo, tremendo...le tengo mucho respeto, esta enfermedad es así. Ya me comió los ojos, si me come los pies no se qué haría!?". (Mujer, 59 años, 15 años de diagnóstico, primario incompleto, ama de casa).

"...por ahí si vos estas en un lugar y ves, por ejemplo acá, gente, a veces me pasa, vez gente con el pie cortado, ahí sí, te da como miedito, y vos vas indagando, vas preguntando cómo vienen las cosas, y sí...te asustas" (Mujer, 45 años, 1 año y medio de diagnóstico, secundario, niñera)

Asimismo, también se encuentra que existen muchos temores asociados a las consecuencias que la diabetes

puede producir en el cuerpo. Entre las que más asustan y preocupan se identifican: la ceguera, las amputaciones de los miembros inferiores, y la posibilidad de la muerte. Muchos entrevistados expresan que conocer y recibir información acerca de las consecuencias posibles de la enfermedad, los asusta. No obstante, también creen que esto los motiva para cuidarse más. En estos casos, los pacientes encuentran que conocer las secuelas, aún la más graves, les permite tomar el control de su propio cuidado, ya que creen que esa es la manera de evitar los escenarios más temidos.

Es necesario destacar que se identifican al menos, dos fuentes de información sobre las secuelas de la enfermedad, que poseen un alto impacto emocional en los pacientes: la experiencia de otras personas allegadas con diabetes y las explicaciones médicas recibidas en las consultas. Los siguientes extractos de entrevistas lo ejemplifican:

"Y bueno, ahora seguí al pie de la letra la dieta porque la doctora le habló a mi marido, y le dijo que si yo no me cuidaba, si yo no hacia esto, me iba para arriba, que si yo no me cuido esto es así. Tiene razón si uno no se cuida, la salud va empeorando más, te quedas ciego, te quedas sin pierna, y eso yo no quisiera nunca, porque mi marido, hace 23 años que estamos juntos, y no quisiera dejarlo nunca a él solo". (Mujer, 56 años, 10 años de diagnóstico, primario completo, comerciante)

Pregunta: ¿y en qué le cambio la vida desde que tiene diabetes?

Respuesta: ¿en qué?...en la preocupación de que me puede pasar de que me corten alguna parte de mi cuerpo.

Pregunta: ¿eso le preocupa?

Respuesta: sí, si eso me preocupa mucho, y cuando veo una persona con diabetes que le falta una pierna, digo: 'no puede ser, no hay que llegar a eso'. Pero yo no sé si es normal que por más que te cuides te llega a pasar eso, eso no lo sé. (Mujer, 67 años, 15 años de diagnóstico, primario, jubilada).

"...al principio tenía un poco de miedo, porque me asusté mucho, me asustaron acá, me asustaron de lo que me podría producir, desde tapar las arterias, te puede afectar los riñones, te puede afectar la vista..." (Mujer, 45 años, 1 año y medio de diagnóstico, secundario, niñera).

De esta manera, una entrevistada define a la diabetes como un sufrimiento, pero que no posee correlato en el cuerpo físico, sino que se trata de un sufrimiento psíquico. Se observa, claramente, el impacto emocional que provocan en ella las vivencias negativas personales y familiares en relación a las secuelas de la enfermedad, y una actitud negativa hacia ésta:

"La palabra diabetes es eso: sufrimiento, que no duele, es indoloro la diabetes, no te duele nada."

Pregunta: ¿y por qué se sufre?

Respuesta: hasta que te empieza... no, no, mi pensamiento es el sufrimiento de ver a la persona que le falte un

miembro, que le pase como le pasó a mi hermano que le consumió el cerebro, o como a la otra hermana queeee... queeee... los órganos no le trabajaban, todas esas cosas yo pienso, y para mí es mala palabra, perdóname pero para mí es mala palabra". (Mujer, 65 años, 10 años de diagnóstico, primario, jubilada).

c. Ante la aplicación de insulina:

"...yo jamás había tomado ni una cafiaspirina, y ahora tengo que tomar las pastillas pero por lo menos no me tengo que inyectar insulina como se ponen otros.

Pregunta: ¿por qué?, ¿no le gustaría eso?

Respuesta: y no sé, si uno tendría que vivir pinchándose... no sé qué haría!, porque no me gusta. Lo que pasa que... primero me dieron la inyección y la usé una vez y no la usé más, y le dije a la doctora, pero no me dijo nada porque como vio que tengo controlada el azúcar. Y desde esa vez me cuido un montón para no tener que inyectarme. Trato de comer menos dulces, yo desayunaba con facturas y todo, y ahora como galletitas." (Hombre, 61 años, 7 meses diagnóstico, primario, ex empleado cementerio, jubilado recientemente.)

"Porque por ahí a mí la insulina me arregla la diabetes pero me está destruyendo otra cosa, eso es lo que pasa también". (Mujer, 55 años, 12 años de diagnóstico, primario incompleto, ama de casa)

"...cuando me dijeron que me tenía que aplicar insulina lo tomé mal, ellos me explicaron todo como me tenía que aplicar, y el doctor me decía: vos te imaginas que si hace 16 años que estas tomando pastillas es porque tu páncreas andaba mal, y bueno bastante que aguantó!, pero bueno, lo tomé así" (Mujer, 76 años, 16 años de diagnóstico, primario, jubilada)

Algunas características del tratamiento de la diabetes también pueden generar miedo. En particular, se encuentra que es habitual entre los pacientes entrevistados el temor ante la indicación médica de aplicación de insulina, o la posibilidad de aplicación en un futuro, y una actitud negativa hacia ésta. Además, se identifican distintas creencias negativas tales como: "es muy fuerte", "destruye otros órganos", "no es natural", que dificultan la adhesión al tratamiento.

d. Ante la posibilidad de la transmisión genética:

"..porque mi hermana le salió ahora un principio, pero yo tengo miedo por mi hijo y mi hija. Mi hijo se cuida, él me dice: 'papá, vos te tenés que cuidar, nunca le diste bolilla a nada, ¡te tenés que cuidar!'..." (Hombre, 60 años, 11 años de diagnóstico, primario, taxista)

"Yo vengo de familia diabética, y siempre me decía: yo no voy a ser diabética, no voy a ser diabética!. Era mi mente, porque tenía terror de tener problemas...no quería tener problemas como tuvieron, tienen toda mi familia: mis tíos,

mi mamá, mi abuela, pero bueno. Yo pienso que esto viene más por lo emocional, la parte mí". (Mujer, 64 años, 6 años diagnóstico, jubilada)

A veces, saber que la herencia es un factor de riesgo para tener diabetes provoca miedo en relación a la posibilidad de la transmisión genética de la enfermedad a otros miembros de la familia. Sin embargo, también se observa que las creencias acerca de la causalidad hereditaria de la diabetes conviven con las ideas acerca de la causalidad emocional, y esto se manifiesta en las estrategias que se ponen en práctica como intentos de evitar esa herencia familiar temida.

Angustia:

a. Ante el impacto inicial del diagnóstico:

"...bueno cuando me atendió la médica me dijo: usted es diabética. Y fue como que me pegaran un cachetazo, fue lo peor que me podría haber pasado. Y encima yo ya venía con problemas de tiroides, entonces yo decía: todo lo que a mí me gusta me lo sacan". (Mujer, 62 años, 9 años diagnóstico, primario, jubilada)

"para todos, todos, para mi mujer, mi mamá, para todos fue un impacto muy grande porque todos desconocíamos lo que era eso porque no había nadie en mi familia. Ahora soy el profesor de la familia en asuntos diabéticos, porque tuve que aprender conmigo mismo".(Hombre, 55 años, 10 años de diagnóstico, secundario, taxista)

El momento en que se recibe el diagnóstico de diabetes, es señalado también como de gran impacto emocional y asociado a sentimientos de angustia. En este punto, se encuentra que ese momento es vivido con gran angustia tanto por quienes conocían de la enfermedad por tener algún miembro de la familia con diabetes, como por aquellos que desconocían totalmente de qué se trataba.

b. En relación a los cambios de hábitos que implica el tratamiento:

Pregunta: y qué más le cambió en su vida desde el diagnóstico?

Respuesta: y muchas cosas (se le quiebra la voz, se angustia) ehhh.... a mi me gustaba....ehhh....(le cuesta seguir hablando)... la costilla, el lechón, todo eso y lo dejé, como, pero a la larga. Por eso le decía que estaba haciendo bien los deberes. Porque tengo un compañero que... todavía trabaja, ¿no?, y yo lo veía que comía factura y todo, y siempre me quería decir a mi qué tenía que hacer..." (Hombre, 61 años, 7 meses diagnóstico, primario, ex empleado cementerio, jubilado recientemente.)

"....me sacaban todo, era como decir: ¿para qué vivir la vida?. Era como si a un chico le sacas un juguete, bueno esa sensación fue. Me sacaban la alegría de vivir, pero... después lo superé, pero me costó". (Mujer, 64 años, 6 años diagnóstico, primario, jubilada)

En los ejemplos anteriores se observa que aparece frecuentemente la angustia o el disgusto asociados a la privación o restricción de aquello que les producía placer: la comida (ej.: los dulces, asado) y/o actividades recreativas (ej.: bailar, artes marciales). Es decir que, los cambios de hábitos que deben realizar los pacientes para cuidarse son vividos con altos montos de angustia, sobre todo en una primera etapa. Pero, con frecuencia, se puede ver que más tarde logran una mejor aceptación de esas modificaciones que el tratamiento supone. Es posible pensar que esto se debe a que con el tiempo se producen cambios a nivel cognitivo, que permiten resignificar esas indicaciones médicas.

c. *Por la percepción de falta de apoyo familiar:*

"Pero no sólo el negocio es mi complicación, yo tengo a mis hijos grandes, una es casada, y yo me siento como que mis hijos me usan. Cuando mamá no está te necesitan, mamá tiene que estar, y cuando yo estoy enferma ellos no aparecen. Y yo tengo dos nietos, uno tiene 14 y otro 11, y a veces como que no me dejan verlos, y buehh... (llora)." (Mujer, 56 años, 10 años de diagnóstico, primario completo, comerciante)

La existencia de apoyo de parte de la familia para llevar adelante el tratamiento es identificado por los mismos pacientes, como un factor que favorece la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Como contrapartida, la percepción de falta de apoyo familiar genera montos elevados de angustia que pueden dificultar la adherencia a las conductas de autocuidado.

d. *Como causa de la enfermedad:*

"Me fui a una salita de allá, me hicieron todos los análisis y me preguntó si yo era diabética. Y le dije no, yo siempre me controlo. Cuando me descubrieron tenía 480, y me dijo: 'no, sos diabética'. Y me preguntó: tuvo alguna angustia, se peleó con alguien, qué me había pasado. Lo único que me pasó es que falleció mi papá. Entonces de la angustia te agarró, me dijo. Y ahí ya te digo, tengo a mamá que era diabética también, así que tengo descendencia ya de ella también". (Mujer, 57 años, 12 años de diagnóstico, primario incompleto, ama de casa)

En relación a la angustia, hasta aquí se señaló la aparición de ésta como consecuencia de la diabetes, pero es preciso resaltar que también existen creencias que ubican a los sentimientos de angustia como causantes de la enfermedad.

Desgano en relación con los vínculos sociales: aislamiento.

Pregunta: ¿Y en qué le cambió la vida desde que tiene diabetes?

Respuesta: y en qué me cambió la vida? Yyyyyy, en todo! Yo era muy activo, no me quedaba quieto, caminaba bien,

bailaba, 5 o 6 horas. Ahora no voy a las reuniones, me llaman las chicas, mañana es el cumpleaños de una amiga y lo festeja el 28. Antes nos juntábamos y éramos como 400, y siempre se hacen parejas y se van apartando algunos. Y dejo de ir porque me siento acomplejado, y las chicas que saben que soy buen bailarín...tengo 3 o 4 chicas que cuando pasaban salsa o merengue bailaban conmigo, porque yo hago muchas figuras...todos hacemos muchas figuras, y bueno me quedé, con el asunto este de la pierna que no puedo bailar, y me acomplejo un poco, no quiero que me vean así..." (Hombre, 60 años, 11 años de diagnóstico, primario, taxista)

Pregunta: ¿Y en qué le cambió la vida por tener diabetes?
Respuesta: y bueno, pero yo lo hago porque el bien es para mí, pero me cambia en el sentido de que, por ejemplo en marzo yo suelo irme a la casa de mi cuñada en Entre Ríos que tengo unos sobrinos que me quieren muy mucho, y me están llamando: ¿tía vas a venir, no vas a venir?, y yo veo la bolsa de remedios, para el colesterol, para esto otro, ¡y ahora voy a andar con las agujas también!... Es un problema." (Mujer, 76 años, 16 años de diagnóstico, primario incompleto, jubilada).

"Yyy...al principio era difícil, porque me atacaba el hambre, trataba de no salir, trataba de no ir a lo de mi hermano por ejemplo. Hasta que no estuve un poco mejor, estaba más aislado. Después bueno, cuando me he empezado a mejorar, bueno, en este año he comido un poco de ravioles, pero de esos bien hechos no esos que vienen mal, he comido un poquito..." (Hombre, 48 años, 1 año desde el diagnóstico, estudios secundarios, empleado ferroviario).

En estas frases se puede identificar el desgano de los pacientes en relación a los vínculos y actividades sociales, a partir de la enfermedad. En muchos pacientes entrevistados se encuentra una restricción de su vida social. Esto, en algunos casos, sucede por vergüenza: ante la visibilidad del deterioro físico, o la pérdida de capacidades. O también, como una manera de cuidado: se evita concurrir a eventos sociales donde se cree puede ser difícil mantener la dieta indicada. En ambos casos la estrategia es la misma: la evitación de actividades sociales, lo que conduce al aislamiento.

Efectos de las manifestaciones depresivas en la adherencia al tratamiento:

"y como dos o tres años atrás, y después con las pastillas me sentía bien, pero hace dos años atrás falleció mi papá y me agarró artrosis de rodilla, y después de que falleció mi papá he quedado muy depresiva, dormía estaba todo el día en la cama, no hacia ni la dieta, ni nada, no comía mucho, estaba mal. Y bueno mis hermanos se enteraron que yo estaba así y me pagaron el pasaje para que viniera para acá, y bueno acá estoy. Ahora estoy con mi hermano en San Isidro. La doctora me dijo que me tendría que quedar un tiempo acá en Buenos Aires, porque allá

en Santiago del Estero me queda muy lejos para viajar". (Mujer, 56 años, 9 años de diagnóstico, primario incompleto, desempleada, tramitando pensión por invalidez)

"... trato de caminar igual, sea como sea trato de caminar un poco, no me quiero quedar, porque encima ahora me tira mucho la cama, es como que me quiere agarrar una depresión, con la muerte de mi marido, ¿viste?". (Mujer, 57 años, 12 años de diagnóstico, primario incompleto, ama de casa)

Por último, se encuentra que los pacientes tienen síntomas depresivos como consecuencia de otros hechos vitales negativos que no tienen relación con la enfermedad. No obstante, éstos impactan directamente en la adherencia al tratamiento de modo desfavorable. Entre estos eventos negativos, el que se menciona con mayor frecuencia es el fallecimiento de un ser querido: hijo, padre, o pareja.

Conclusiones:

El impacto del diagnóstico de diabetes puede producir conflictos ante la dificultad de aprender a vivir con la enfermedad. La aceptación es un largo camino que no siempre se transita con éxito, y muchas veces los individuos interpretan que deben abandonar vínculos, tareas y roles que habían desempeñado hasta la aparición de la enfermedad y que eran importantes en sus vidas. A veces, simplemente resulta difícil mostrarse ante los demás de una forma distinta a la anterior. El resultado puede ser el abandono de tareas y divertimentos, que como toda pérdida de roles necesitan un duelo y una posterior resignificación. De ahí la importancia de la detección de la comorbilidad entre depresión y diabetes. En los discursos analizados de los pacientes, se observan distintas manifestaciones de síntomas depresivos: miedos, preocupaciones, angustia y aislamiento social. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Kagee (2008) realizado en una comunidad en Sudáfrica en el cual se tomó el inventario de depresión de Beck a pacientes con diabetes tipo 2 y detectó un porcentaje significativo de éstos que experimentan dificultades psiquiátricas, por las cuales no reciben ningún tipo de tratamiento.

Asimismo, Piqueras Rodríguez *et al.* (2008) intentaron mostrar la influencia de los factores emocionales, específicamente la ansiedad y la depresión, en el proceso de salud-enfermedad. Estos factores se han asociado con las enfermedades crónicas como variables influyentes en el inicio, desarrollo y mantenimiento. De hecho, Pan *et al.* (2010) encontraron que la asociación diabetes-depresión es bidireccional. En este sentido, se han hipotetizado básicamente dos vías explicativas generales. La primera hace referencia a la influencia de la ansiedad y de la depresión en la conducta, de manera que interfieren en los hábitos saludables y fomentan el desarrollo de conductas inadecuadas que ponen en peligro la salud. El segundo mecanismo se refiere a la repercusión de la activación psicofisiológica en los sistemas orgánicos, afectando a la inmunidad, por ejemplo. Pero no sólo existe una relación

en el curso de la enfermedad, sino que también se conoce una alta comorbilidad de las enfermedades crónicas con los trastornos ansiosos y depresivos (Jiménes y cols. 2008), frecuentemente como consecuencia del padecimiento de las mismas, tal como muestran los hallazgos del presente estudio.

En este sentido, cabe señalar que se debe prevenir a los profesionales acerca de los pacientes de los que se sospecha una personalidad depresiva previa o que presentan este tipo de manifestaciones a partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, y poner en práctica el apoyo psicológico necesario para morigerar su impacto. Se puede pensar como consecuencia, que la adhesión a los tratamientos es un proceso complejo, que implica que los profesionales deben estar alerta ante síntomas que pueden no formar parte del síndrome del cuadro diabético, pero que tienen repercusiones sobre la salud y la calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arboix, M. (2009) La diabetes: magnitud de la pandemia. *Editora Médica Digital*. Disponible en URL: <http://bollana.blogspot.com/2008/11/la-diabetes-magnitud-de-la-pandemia.html>
- Bas, F. y Andrés, V. (1996) "Evaluación de Procesos y Constructos Psicológicos de la Depresión". En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (comps.) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Beck, A.T. (1967) *Depression: clinical, experimental and therapeutic aspects*. Nueva York: Harper and Row.
- Beck, A.T. (1983) "Cognitive therapy of depression; new perspectives" En P.J. Clayton y J.E. Barett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Cantón Chirivella, E. y Domingo Tarín, A. (2008) Diabetes insulinodependientes y depresión: Análisis de la investigación reciente. *LIBERABIT*; 14: 41-48.
- Gaviria Gómez, A., Richard, M., Londoño, C., Valderrama y Jaramillo, M.I. (2007) *Percepción de la enfermedad, ansiedad, diabetes, autoeficacia, adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con diabetes mellitus Tipo II*, Facultad de Psicología, Medellín: Facultad de Psicología, Univ. CES.
- Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J.L. (2006) "Guía de tratamientos psicológicos eficaces en Diabetes". En: M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. (pp. 215-242). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Heinze, G., Villamil, V. y Córtes, J. (2002) Relapse and Recurrence of depressed patients: a retrospective study. *Revista Salud Mental*, 25(1): 3-8.
- Jiménez, M.G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A.I. (2008) Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 8(1): 185-202
- Kagee, A. (2008) Symptoms of Depression and Anxiety among a Sample of South African Patients Living with a Chronic Illness *J Health Psychol*; 13: 547-555.
- Ministerio de Salud de la Nación (2009) *Boletín epidemiológico*. Disponible en URL: http://www.msal.gov.ar/htm/site/noticias_plantilla.asp?Id=2316
- OMS (2009) *Nota descriptiva N° 312*. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- OPS (2010) *Diabetes mellitus tipo 2*. Disponible en URL: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=405&Itemid=259
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., Van Dam, R., Franco, O.H., Manson, J., Willett, W.C., Ascherio, A. y Hu, F. (2010) Bidirectional Association Between Depression and Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *Archives of Internal Medicine*. 170(21):1884-1891
- Piquerias Rodríguez, J.A., Martínez González, A.E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L.J., Oblitas Guadalupe, L.A. (2008) Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*; 15(1): 43-73.
- Velasco Ballesteros, S., Álvarez Pérez, R., San Juan Miguelsanz, M. (2000) Sintomatología, trastornos emocionales y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *XXV Congreso Nacional de la SEN-DEN*. Oviedo.
- Weissman, A.N. y Beck, A.T. (1978) Development and validation of the Dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation, Comunicación presentada en la reunión de la *American Educational Research Association*. Toronto, Canadá.

Fecha de recepción: 27 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 29 de agosto de 2013