

Importancia de considerar los factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 2

Importance of considering psychosocial factors in diabetes mellitus type 2

Silvia Deborah Ofman^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7393-5718>

Mariano Javier Taverna¹

Dorina Stefani¹

¹Universidad de Buenos Aires, Argentina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA).

*Autor para la correspondencia: sdofman@conicet.gov.ar

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 constituye, a nivel mundial, un problema de salud de creciente importancia y alto impacto sanitario, social y económico. Influyen en ella diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales. Sin embargo, a pesar de su relevancia, las variables psicosociales han sido un tema menos explorado e investigado, en comparación con el gran desarrollo y avance en el campo biomédico.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre la problemática de los factores psicosociales presentes en la diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: Se realizó una búsqueda electrónica, en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, SciELO y Dialnet, abarcando el período 2008-2018. Se referencian 49 artículos, teniendo en cuenta el criterio de actualidad, relevancia y pertinencia.

Conclusiones: Es importante ampliar la concepción tradicional de los factores de riesgo, a fin de considerarlos desde una perspectiva social. Se suele advertir que los pacientes presentan malestar emocional (depresión, ansiedad, angustia), pese a lo cual no hay suficiente diagnóstico ni tratamiento. La educación diabetológica no es frecuente y la adherencia terapéutica es baja. Es necesario implementar una atención integral y personalizada, donde la familia tenga un rol fundamental. La diabetes mellitus tipo 2 genera cierto grado de discriminación y estigmatización. Algunas problemáticas de los pacientes,

como aquellas relativas a la sexualidad, constituyen temas poco visibilizados. Se observan diferencias por género en diversos aspectos de la enfermedad. En síntesis, la diabetes mellitus tipo 2 constituye, actualmente, un gran desafío que debe ser abordado de manera interdisciplinaria.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2; factores psicológicos; factores sociales; factores psicosociales.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus constitutes, worldwide, a health problem of increasing importance and great health, social and economic impact. Various factors influence it: biological, psychological, social. However, despite their relevance, psychosocial variables have been a less explored and researched topic, compared to the ample development and advancement in the biomedical field.

Objective: To carry out a literature review on the problem of psychosocial factors in type 2 diabetes mellitus.

Methods: An electronic search was carried out in PubMed, ScienceDirect, SciELO and Dialnet databases, covering the period 2008-2018. 49 articles are referenced, taking into account the criteria of relevance.

Conclusions: It is important to extend the traditional conception of risk factors, in order to consider them from a social perspective. It is often noted that patients have emotional distress (depression, anxiety, anguish), despite which there is not enough diagnosis or treatment. Diabetes education is not frequent and therapeutic adherence is low. It is necessary to device a comprehensive and personalized attention, where the family has a fundamental role. Type 2 diabetes mellitus generates some degree of discrimination and stigmatization. Some patient issues, such as those related to sexuality, are poorly visible topics. Gender differences are observed in various aspects of the disease. In summary, type 2 diabetes mellitus is currently a great challenge that must be addressed in an interdisciplinary manner.

Keywords: type 2 diabetes mellitus; psychological factors; social factors; psychosocial factors.

Recibido: 27/5/2019

Aprobado: 8/10/2019

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que se origina cuando el páncreas no puede producir suficiente insulina, o el organismo no puede utilizar la insulina de manera eficaz, lo que provoca un estado de hiperglucemia (altos niveles de glucemia en sangre) el cual, progresivamente, causa daños en diversos tejidos, ocasionando complicaciones. Según su etiología y características fisiopatológicas, la diabetes se clasifica en cuatro tipos: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes mellitus gestacional, y diabetes mellitus secundaria a otras enfermedades.⁽¹⁾

El presente trabajo se enfocará en la DM2, principal forma de DM, la cual representa el 85 % de todos los casos. Se caracteriza por la presencia de dos fenómenos, de los cuales suele predominar uno sobre el otro: un déficit absoluto o relativo en la producción de insulina, asociado a una condición de resistencia a la insulina (insulinorresistencia).⁽¹⁾

La DM2 es un fenómeno de alto impacto, no solo sanitario, sino también, social y económico, con un crecimiento incontrolable en las últimas décadas. Por ello ha sido categorizada como emergencia mundial en la agenda de salud pública.⁽¹⁾ Durante esta última década, la prevalencia de la DM2 ha registrado un incremento de naturaleza pandémica.⁽²⁾ Las razones de esta pandemia radican en la propagación de dietas poco saludables y estilos de vida sedentarios, sumado al aumento en la expectativa de vida.^(2,3) Según las estimaciones, la prevalencia mundial de DM se registra en alrededor del 9 %, para población adulta.⁽¹⁾ En Cuba, la prevalencia de DM en población de 20 a 79 años, fue del 10 %.⁽¹⁾ En la región de América Latina se produjo un incremento de manera acelerada.³ Argentina mostró un aumento de la prevalencia durante el período 2005-2013 –registrado en población adulta–, que ascendió de un 8,4 % a un 9,8 %, observándose algunas diferencias en el control glucémico según nivel educativo y tipo de cobertura en salud.⁽⁴⁾ Estas diferencias en el control glucémico, observadas entre poblaciones de distintas características sociodemográficas muestran, cada vez más, que la DM2 es una enfermedad de la pobreza.⁽⁵⁾⁺

Entre los factores más importantes que influyen en el origen y desarrollo de la DM2, se cuentan: sobrepeso u obesidad, hábitos alimentarios no saludables, inactividad física, antecedente familiar de DM, y edad avanzada.⁽¹⁾ La obesidad, particularmente el depósito viscer abdominal de la grasa, es uno de los factores de riesgo más importantes, ya que

causa, por sí misma, resistencia a la insulina. De este modo, favorece la falla ulterior en la secreción de insulina, con el desarrollo progresivo de hiperglucemia. Esta alta frecuencia de asociación entre DM2 y obesidad, es la que ha dado lugar al término –nexo gramatical– “diabesidad” (expresión acuñada por Paul Zimmet en el año 2001, para señalar el alto grado de asociación entre diabetes y obesidad, que conlleva un elevado riesgo cardiovascular).⁽⁶⁾

Habitualmente la DM2 se presenta en adultos, la probabilidad de aparición aumenta con la edad (especialmente, a partir de los 60 años). La prevalencia es algo mayor en varones entre 30 y 69 años y aumenta en las mujeres a partir de los 70 años de edad.⁽⁷⁾ Sin embargo, un dato alarmante, es que, actualmente, la DM2 se observa –y cada vez con mayor frecuencia– en adolescentes y niños con sobrepeso u obesidad.^(6,8)

Una problemática relevante a tener en cuenta es que, en general, las personas adultas con DM2, son diagnosticadas tardíamente (alrededor de 10 años posteriores al desencadenamiento), presentando varios años de desarrollo de la enfermedad. Ello lleva, en 1/3 de casos, a complicaciones crónicas derivadas del avance de la DM2. Los motivos por los cuales el diagnóstico suele ser tardío, responden no solo a ciertas características propias de la enfermedad, sino, lo que resulta más grave, a situaciones que podrían evitarse. En este sentido están comprometidos varios aspectos del sistema de salud, como la desinformación y las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, entre otros.⁽⁹⁾

La DM2 presenta un alto grado de complejidad, por lo que resulta un constante desafío trabajar sobre la prevención desde un abordaje interdisciplinario.⁽¹⁰⁾

Se trata de una enfermedad en la cual los aspectos psicológicos y sociales conforman un campo de suma relevancia. El diagnóstico y afrontamiento de la DM2, así como las características del tratamiento, provocan un impacto emocional. Este impacto, además, se verá determinado según el contexto, las circunstancias y las características psicosociales del paciente. En este sentido, el desencadenamiento y curso de la DM2, muchas veces, se hallan en función del acceso a la educación e información sobre prevención y cuidados; de la cobertura en salud y medicación; y de las condiciones socioeconómicas y de vida.⁽¹¹⁾

No obstante su relevancia, estos aspectos psicosociales se encuentran poco explorados. La investigación de la DM2 desde el área psicosocial, parece tener un menor grado de desarrollo si se compara con el gran avance que ha habido en el estudio y comprensión de esta enfermedad desde el campo biomédico.

Por lo expuesto con relación a la necesidad de este tipo de aportes y abordajes, es que el presente trabajo tiene por objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre los factores psicosociales que influyen en la DM2.

Métodos

Se realizó una búsqueda electrónica a través de distintas bases de datos como PubMed, ScienceDirect, SciELO y Dialnet, teniendo en cuenta el período 2008-2018. Algunas de las palabras claves utilizadas fueron: diabetes mellitus tipo 2, factores psicológicos, factores sociales, y factores psicosociales. Se seleccionaron artículos publicados durante los últimos años, de los cuales se referenciaron 49, bajo el criterio de actualidad, relevancia y pertinencia.

Hacia una perspectiva social para los factores de riesgo

Desde la antropología médica, se sostiene que se debe reconsiderar y reformular la comprensión tradicional sobre la enfermedad. En este sentido, se plantea ampliar el enfoque clásico con el que habitualmente se abordan los patrones de riesgo. Esto es, trascender la explicación de la responsabilidad individual, en tanto la libre voluntad y la elección autónoma sobre el estilo de vida.⁽¹²⁾

Esta conceptualización, que excede la perspectiva de corte individual, enfatiza la importancia de la vertiente social en la etiología de la DM2. Los factores sociales como marginación, violencia, colonización y desplazamiento, —que exceden el control individual e imponen determinados tipos de conductas y estilos de vida— constituyen traumas sociales que conllevan un significativo riesgo de padecer DM2. Estas situaciones conducen, entre otras, a estrés psicológico y dificultad en el acceso a la cobertura médica, que son factores centrales en la etiología y desarrollo de la enfermedad. Estos factores estructurales y sociales juegan un papel importante, especialmente entre las poblaciones de bajos ingresos y recursos. Este modelo, que se enfoca en los aspectos de índole social y comunitaria, visibiliza el peso que adquieren ciertas problemáticas de los grupos más vulnerables. Por ejemplo, las poblaciones indígenas, las cuales en muchos casos exhiben la prevalencia más elevada de DM2 (>40-50 %), y padecen pobreza, colonización y desplazamiento forzado.^(12,13)

Siguiendo esta línea, se estudiaron las distintas comorbilidades que presenta la DM2, en diferentes regiones: HIV en Kenya, tuberculosis en India, y depresión en Sudáfrica. Estos estudios se basan en el concepto de sindemia, que se refiere a la agrupación de dos o más enfermedades que interactúan biológicamente entre sí, a la vez que contribuyen y son resultado de las desigualdades sociales y económicas. Es decir, la sinergia que se produce entre el sistema biológico, el entorno físico y el contexto sociocultural y económico. Las enfermedades infecciosas y los padecimientos psicológicos interactúan con las condiciones metabólicas en poblaciones con diferentes niveles socioeconómicos. Entonces, las enfermedades de la pobreza se convierten en sindémicas con la DM2 y la depresión. De esta forma, estas tres problemáticas sociales y de salud muy relevantes –pobreza, depresión y DM2– se agrupan y se potencian de diversas maneras.⁽⁵⁾

Las peores condiciones de vida (bajos ingresos, nutrición deficitaria, sedentarismo, entre otros) no solo son factores que favorecen el desarrollo de la DM2.⁽¹⁴⁾ La aparición de DM2 –especialmente la presencia de complicaciones crónicas derivadas de ella– también genera condiciones de vulnerabilidad que impactan en el posterior ingreso y desarrollo de las personas. Se ha observado que las personas con DM2 tienen, en promedio, menor grado de escolaridad y de desarrollo académico, laboral y económico, en comparación con personas no diabéticas. Desigualdades que se profundizan, cuando se presentan complicaciones crónicas producidas por la enfermedad y cuando se agrega la variable del género.⁽¹⁵⁾

Predominio del malestar emocional

Se evidencia un alto grado de malestar emocional en las personas con DM2.⁽¹⁶⁾ Predominan ciertos cuadros comunes como depresión, ansiedad y angustia, los que, a su vez, se relacionan y potencian.

La comorbilidad entre depresión y DM2 es un fenómeno ampliamente estudiado. Se conoce que la prevalencia de depresión en personas con DM2, es dos o tres veces mayor respecto a la población general, lo que resulta un gran impacto sobre la morbilidad y mortalidad. Existen evidencias que indicarían que depresión y DM2 comparten algunos mecanismos biológicos. Además, se sostiene que en ambos cuadros se producen patrones similares de comportamiento como consumo de alimentos de alto contenido calórico y sedentarismo. La depresión dificulta la adherencia al tratamiento y el autocuidado, lo que lleva a un deficiente control glucémico, que redundan en un aumento de complicaciones y peor calidad de vida.

Ambas condiciones, entonces, mantienen una relación bidireccional y se influyen, constituyéndose en factores de riesgo, mutuamente. Por estos motivos, es que se sugiere diagnosticarlas y tratarlas de manera conjunta y precoz. Si bien luego de un tiempo del diagnóstico de DM2 la depresión disminuye, al cabo de varios años de enfermedad, vuelve a incrementarse.^(5,17,18,19,20,21,22) Actualmente, se observa que la co-ocurrencia de diabetes y depresión podría aumentar el riesgo de padecer demencia.⁽²³⁾ La prevalencia de esta última, a su vez, sea demencia de tipo vascular o Alzheimer, está duplicada –aproximadamente– en la DM2.^(24,25)

La ansiedad también es un fenómeno afectivo que se encuentra presente en población con DM2, y que, muchas veces, se presenta de manera conjunta con la depresión.^(20,26,27)

La angustia suele ser un cuadro concomitante al diagnóstico de DM2, ya que se trata de un momento de fuerte impacto. Surgen diversas emociones relacionadas con la pérdida de la salud, la preocupación por el futuro y la necesidad de una reelaboración y búsqueda de nuevos sentidos. En general, tanto el diagnóstico como la aparición de complicaciones constituyen los momentos más críticos de la enfermedad, más allá del desafío cotidiano que esta implica.⁽²⁰⁾

El constante cuidado que deben tener los pacientes para prevenir complicaciones, así como el estrés que genera la cronicidad de la enfermedad, son factores que tienden a provocar malestar emocional. Muchas veces implican cambios en los comportamientos que generan contradicciones respecto a las costumbres preexistentes, y a los valores y creencias familiares y sociales. Tal el caso, por ejemplo, de las pautas alimentarias y los patrones de actividad física que se deben modificar o incorporar. El tratamiento complejo que requiere la DM2 (tiempo, costos, autocontrol, decisiones), tanto como las potenciales complicaciones afectan la calidad de vida de quienes la padecen, en las esferas laboral, familiar, social.⁽¹⁴⁾

El apoyo psicosocial o tratamiento psicológico que se brinda a los pacientes es una medida escasamente instaurada, pese a la frecuente aparición de estos cuadros de malestar.^(17,28,29) El reciente estudio INTERPRET-DD hace referencia a la problemática del diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes con DM2.⁽²¹⁾ Si bien se conoce que este cuadro es muy frecuente, el equipo de salud no percibe la necesidad de apoyo psicosocial por parte de los pacientes. Tampoco hay evidencia médica suficiente ni consenso sobre la conveniencia o no, de un abordaje específico de la depresión en personas con DM2.⁽²⁸⁾

El malestar emocional que enuncian los pacientes en relación con la DM2 reproduce las percepciones, significados y mitos que circulan socialmente respecto a la enfermedad. Los

trabajos que abordan esta temática exploran las producciones discursivas de los pacientes, describiendo modelos y significados culturales sobre la enfermedad. Soledad, tristeza y aislamiento son sentimientos que suelen predominar. Además, es reiterado el uso de personajes y elementos con características malignas, traicioneras y peligrosas, como metáfora de la DM2.^(30,31)

Las causas que los pacientes mencionan para explicar el origen de la DM2 son, habitualmente, de tres tipos. Entre ellas, se destacan las emocionales, es decir, los sentimientos y afectos negativos como tristeza, miedo, mortificación o “malasangre”. Otro tipo de causas son las referentes al estilo de vida, la alimentación, y el sedentarismo. En menor medida, mencionan a la genética y antecedentes familiares.⁽³²⁾ Por otra parte, el grado de conocimiento que presentan los pacientes sobre la enfermedad suele ser insuficiente. Este conocimiento se manifiesta de manera estereotipada y contiene elementos aislados y desarticulados, a partir de lo cual se sobreestiman algunos aspectos y se minimizan otros.^(20,33)

En el imaginario social sobre la DM2, se suele encontrar elementos asociados a la discapacidad, invalidez y limitación física. Ello coloca a los pacientes en un lugar de estigmatización y discriminación.⁽²⁰⁾ El temor y el desconocimiento acerca de la enfermedad contribuyen a dicha estigmatización, especialmente en aquellos que se encuentran tratados con insulina (“insulinofobia”). Los actos discriminatorios son de diversa índole, tanto en el ámbito laboral y social, como en el sanitario. Es necesario detectar, identificar y denunciar este aspecto, que constituye una problemática social, jurídica y de derechos humanos de suma relevancia. Pero muchas veces se mantiene inadvertido, incluso para el propio paciente y su familia. En general, quienes pueden percibir estos grados de discriminación son los pacientes que reciben educación y capacitación sobre la enfermedad. Es por eso que la educación diabetológica constituye una herramienta que permite visibilizar estos problemas y empoderar a las personas con DM2 acerca de sus derechos y necesidades.^(20,28,29)

Atención integral y personalizada

El control de esta enfermedad se ha vuelto un desafío, debido a sus polifacéticas complejidades. La DM2 es una nosopatía heterogénea, tanto desde lo etiopatogénico y clínico, como desde la esfera psicosocial. Significa una carga para el ámbito de la salud pública, ya que es una de las enfermedades más costosas, en lo que se refiere a costes de

hospitalización, medicación y absentismo laboral. De ahí, la importancia de un abordaje interdisciplinario (medicina, nutrición, enfermería, psicología, entre otras), con profesionales que presenten formación en educación diabetológica.⁽²⁸⁾ La Federación Internacional de Diabetes sostiene que, además del control glucémico, el tratamiento debería contemplar, con el mismo nivel de importancia, el impacto que provoca la enfermedad sobre los diferentes aspectos psicosociales de la persona y su familia. Por ello, se considera como una necesidad, el tratamiento de los aspectos psicosociales como parte de un abordaje integral.^(28,29,34)

Las investigaciones coinciden en que la atención de la DM2 debería estar centrada en el paciente, es decir, personalizada (medicina individualizada). La necesidad de un modelo centrado en la persona, que tenga en cuenta la cronicidad y los cuidados específicos de la enfermedad, quedó evidenciada en el estudio DAWN2.^(28,29,35) Un tratamiento personalizado, debe involucrar activamente al paciente en lo que se refiere a su autocuidado, teniendo en cuenta que casi la totalidad de las pautas son autoimpartidas. Para lograr esto es necesario conocer previamente las creencias, percepciones, preocupaciones, miedos, recursos, e intentos, que han tenido los pacientes. El objetivo es construir un campo común – entre profesional, paciente y familia– que permita definir cuáles son los problemas, las metas y prioridades.⁽⁹⁾ En este sentido se apela a la responsabilidad y el criterio del equipo de salud en relación con las indicaciones médicas, las que deberían ser, además de comprendidas por el paciente, específicamente viables. Es decir, adecuadas a su realidad concreta, material y social.⁽³⁶⁾ Juega también un rol importante la relación médico-paciente que se establece desde el momento en que se transmite el diagnóstico.⁽⁹⁾

La familia es también protagonista en el tratamiento de la enfermedad. Por ello, se ha considerado a la DM como un “asunto de familia”.⁽²⁸⁾ Esta última funciona como sostén y apoyo para los pacientes, cumpliendo un rol fundamental en el proceso. A su vez, por la carga y el impacto negativo que tiene la enfermedad, el grupo familiar también necesita de apoyo y sostén externos.⁽³⁴⁾

La comunidad es otro actor importante, que colabora en lo referente a los cambios del estilo de vida. Las intervenciones comunitarias tendientes a la promoción del ejercicio físico y la adopción de hábitos saludables favorecen la prevención de esta y otras enfermedades crónicas, que comparten algunos factores de riesgo. En particular, las enfermedades cardiovasculares son las nosopatías que inducen mayor morbimortalidad en la DM2.⁽³⁷⁾

Estos diferentes niveles involucrados (paciente, familia, equipos de salud, comunidad), denotan la magnitud de una problemática que debe ser abordada de manera global y conjunta.⁽²⁹⁾

Adherencia y autocuidado

La adherencia terapéutica ha sido definida, clásicamente, como el grado en que el paciente cumple con las prescripciones y pautas que indica el profesional sanitario. Habitualmente, estas se refieren a la prescripción farmacológica y a las indicaciones de cambios en el estilo de vida. Desde esta concepción, la adherencia al tratamiento que presentan los pacientes con DM2 –al igual que en otras enfermedades crónicas– se observa en apenas el 50 % de los casos.⁽³⁸⁾

Los tratamientos que implican cambios en los hábitos y estilo de vida, constituyen una meta difícil de lograr. Esta dificultad para los cambios y la adherencia no es una problemática meramente individual, sino que involucra a los diversos actores del sistema: paciente-familia-profesional de la salud.⁽⁹⁾ Se han estudiado los distintos tipos de factores que influyen en el incumplimiento: complejidad del tratamiento (cantidad de fármacos, costos, preparación de alimentos, entre otros); cronicidad de la enfermedad; deficiente comunicación en la relación médico-paciente; falta de apoyo social; actitud negativa hacia la enfermedad; y presencia de depresión, angustia y ansiedad.⁽³⁸⁾

En estrecha vinculación con la adherencia se encuentran los comportamientos de autocontrol, autocuidado y automanejo. En general, estos conceptos aluden a aquellas conductas cotidianas, autoimpartidas, y específicas, que asumen los pacientes en relación con el cuidado de la salud y el tratamiento de esta enfermedad (actividad física, monitoreo de la glucosa, cuidado de los pies, entre otros).

La capacidad de autocuidado se encuentra determinada, en parte, por la salud psicosocial del paciente. La problemática del bajo grado de adherencia es compleja; se debe advertir el gran peso que adquiere el aspecto emocional, que trasciende la mera voluntad.⁽³⁹⁾ La angustia o depresión a partir de la propia enfermedad, debido a su cronicidad, a las posibles complicaciones, y al impacto negativo en la calidad de vida, son factores que inciden en la autoeficacia y el afrontamiento hacia ella.^(26,36) La DM2 es el cuadro clínico que implica el mayor número de toma de decisiones diarias por parte del paciente, lo cual compromete la esfera psíquica de forma crónica (depresión, ansiedad, trastornos emocionales, aislamiento

social, entre otros). Situación que, a su vez, afecta el control óptimo de la hiperglucemia crónica y de las frecuentes complicaciones, erigiéndose ello en un verdadero ciclo vicioso.⁽⁴⁰⁾

Educación diabetológica

La educación diabetológica constituye el principal pilar del tratamiento de la DM2, pero en muchos casos, paradójicamente, el menos atendido por el personal de salud.⁽⁴¹⁾ Esta consiste en ayudar al paciente a adquirir los recursos necesarios (conocimientos, habilidades, destrezas) para lograr tanto un adecuado control glucémico, como empoderamiento, mayor autonomía, y mejor calidad de vida. La educación diabetológica debe tener en cuenta las necesidades de los pacientes, sus saberes previos, miedos y expectativas para realizar un trabajo conjunto entre profesional paciente y familia.^(9,38,42,43)

Una efectiva educación diabetológica supone estrategias que, además de transmitir información sobre la enfermedad y las pautas de cuidado, aborden los aspectos emocionales, los mecanismos psicológicos y demás variables que dificultan el autocuidado, sobre la base de las posibilidades reales con las que cuentan los pacientes, e intentando potenciar sus redes de apoyo social.⁽³⁶⁾

El problema que se pone de manifiesto es que la educación diabetológica parece no estar garantizada en un contexto donde es necesario que todos los pacientes tengan acceso a ella.⁽⁴¹⁾ Es un derecho de la persona con DM2, poder estar informada y educada sobre su enfermedad.⁽²⁸⁾ La educación terapéutica, además, es un instrumento al servicio de la prevención de complicaciones y la disminución de costes en la atención.⁽³⁷⁾ Es importante impartir esta herramienta psicoeducativa no solo en el paciente y su familia –quien tiene un rol protagónico, como se ha mencionado– sino en los integrantes del equipo de salud del nivel primario de atención. Los profesionales de este nivel son quienes en varias oportunidades diagnostican, tratan y realizan el seguimiento de estos pacientes.⁽³⁾

La perspectiva de género

La perspectiva de género también ha sido una importante temática trabajada en los estudios de corte psicosocial. Las investigaciones al respecto definen al género en tanto construcción

social que normativiza prácticas, roles y valores, entre varones y mujeres. Generalmente, resulta en un binarismo complementario, que tiene efectos sobre las diversas esferas de la vida (política, económica, salud, psicosocial).⁽⁴⁴⁾ Para entender las diferencias de género no es suficiente describir el comportamiento individual, ya que estos comportamientos se hallan dentro de un contexto social más amplio. Las desigualdades de género se analizan teniendo en cuenta el contexto social, económico, jurídico y político en el cual se generan y reproducen.⁽⁴⁵⁾

No es sencillo realizar una distinción entre los efectos del sexo y el género, ya que ambos factores se encuentran interrelacionados e interactuando entre sí. Además, las diferencias y particularidades no se presentan de manera única y universal, pues dependen de la historia, cultura, valores y significados existentes en cada región.⁽⁴⁶⁾

Diversos estudios y revisiones sobre la temática de la DM2 y el género señalan que existen diferencias entre mujeres y varones. Estas influyen en varios aspectos relativos a la enfermedad; son importantes en cada uno de ellos la prevención, el riesgo, y la terapéutica. Las diferencias están determinadas por las características biológicas, en interacción con el orden social.^(46,47)

En líneas generales, los resultados muestran que las mujeres –en tanto grupo social– se encuentran en peores condiciones ante diversos factores de riesgo para la DM2: obesidad, sedentarismo y bajos ingresos, entre otras circunstancias. Es decir, su vulnerabilidad es mayor frente a ciertos predictores sociocontextuales (ocupación, ingresos, educación) que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de la DM2. De la misma manera, en los aspectos psicológicos (depresión, angustia, y estrés psicosocial) las mujeres experimentan mayores niveles.^(11,20,44,46) Recientemente, la Federación Internacional de Diabetes enfatizó en la necesidad de una especial atención para la población femenina, ya que existen varios puntos problemáticos aún no resueltos. Ellos son: el acceso asequible y equitativo al sistema de salud, la medicación y la educación para el autocuidado y la prevención; la detección temprana de diabetes gestacional; las condiciones necesarias para que mujeres, niñas y adolescentes puedan alcanzar un estilo de vida saludable (actividad física, nutrición, entre otros).⁽⁴⁸⁾ Estas desigualdades se sostienen en ciertos determinantes sociales de género, y afectan, en general, al colectivo de las mujeres, especialmente aquellas que, por su condición social y económica, conforman el grupo de mayor vulnerabilidad.⁽⁴⁵⁾

Los varones, a pesar de que cuentan con mayores ventajas sociales, cuando enferman y no pueden cumplir con las demandas impuestas socialmente, también se ven afectados en

varios aspectos: identidad, autoestima, calidad de vida.⁽⁴⁹⁾ Se conoce que los estereotipos sociales de la masculinidad tradicional imponen conductas que no conducen al cuidado de la salud.⁽²⁰⁾

En relación con el estilo y calidad de vida –si bien se encuentran deterioradas, en general, en los pacientes con DM2– se observan particularidades. En cuanto a la alimentación, las mujeres tienen comportamientos más saludables, mientras que los varones, además de presentar pautas menos saludables, ingieren más alcohol y tabaco. De manera inversa, en relación con la actividad física, los varones desarrollan más actividad y deporte que las mujeres.⁽⁴⁴⁾

Respecto al control y autocuidado, las mujeres suelen ser más cumplidoras que los varones en ciertas pautas, como la medicación, la asistencia a la consulta médica, y el automonitoreo de la glucemia.^(36,44) Sin embargo, a pesar de que la población femenina es más adherente a las indicaciones médicas y tiene mayor conocimiento sobre la enfermedad, muchas veces el control no resulta eficiente, porque presentan malestar psicológico y menor apoyo social.⁴⁷ En este sentido, se conoce que las mujeres suelen consultar tardíamente ante un evento cardiovascular, el cual puede sobrevenir por una complicación de la DM2.⁽⁴⁵⁾

Cabe mencionar una problemática que muchas veces padecen las personas con DM2, pero suele desconocerse en la práctica clínica y no es suficientemente considerada: las dificultades sexuales y reproductivas, problemáticas en donde se encuentran involucrados tanto factores psicosociales como fisiológicos, con particularidades en cada grupo, según género. Se requiere una mayor investigación, tanto básica, como clínica y psicosocial, por la complejidad e importancia de este fenómeno.⁽⁴⁶⁾ Estas preocupaciones y dificultades en torno a la sexualidad no suelen ser advertidas en las consultas médicas.⁽²⁰⁾

Aún teniendo en cuenta los diferentes enfoques y resultados en este tipo de estudios, se coincide en afirmar que el autoconcepto del rol de género continúa siendo uno de los determinantes en los comportamientos relativos a la salud-enfermedad.⁽⁴⁴⁾ Por eso se insiste en que el tratamiento debería plantearse en forma personalizada, teniendo en cuenta la complejidad e interacción de los factores intervinientes. Tal el caso del género, que se encuentra en entrecruzamiento con la edad, etnia y nivel sociocultural, entre otras variables.⁽⁴⁶⁾

Conclusiones

A partir de los trabajos analizados en la presente revisión, se puede concluir lo siguiente.

- La literatura revisada revela que son varios los factores psicosociales que impactan en el contexto de las personas con DM2.
- El estudio de estas variables psicosociales que inciden en la DM2, constituye un camino por investigar, comprender, y atender.
- Si bien hay evidencias, no parece existir, al respecto, consenso médico o guías con recomendaciones sólidas.
- El malestar emocional que padecen los pacientes con DM2, no se encuentra suficientemente diagnosticado ni tratado.
- Persisten serias dificultades para la adherencia terapéutica, por lo que sería necesario implementar una atención integral y personalizada, en donde la familia cumpla un rol importante.
- La educación diabetológica, pese a constituir el pilar de la terapéutica, no parece encontrarse debidamente instaurada y garantizada.
- La literatura revela que existe cierto grado de discriminación y estigmatización en torno a esta enfermedad.
- Las problemáticas relativas a la sexualidad, que presentan las personas con DM2, parecen no estar lo suficientemente advertidas por el equipo de salud.
- Se distinguen, al igual que en otras enfermedades, riesgos y comportamientos relativos al fenómeno salud-enfermedad, que presentan diferencias y particularidades según género.
- En síntesis, las situaciones mencionadas constituyen algunos de los desafíos actuales en la investigación, abordaje, e intervención de la DM2.
- Dada la magnitud de la problemática, y en tanto fenómeno social y sanitario, sería óptimo analizarlos desde un trabajo interdisciplinario.

Referencias bibliográficas

1. International Diabetes Federation. Atlas de la diabetes. Séptima edición, 2015. [Acceso: 24 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>
2. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(2):88-98.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Insulinización oportuna en el PNA. 2015. [Acceso: 14 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/redes/insulinizacion-oportuna-en-el-pna/>
4. Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. 2015. [Acceso: 14 Jul 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
5. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeti D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet.* 2017;389(10072):951-63.
6. Pereira Despaigne OL. Diabetes: una epidemia del siglo XXI. *MEDISAN.* 2012;16(2):295-8.
7. Díez Gutiérrez B. Curso básico sobre diabetes. Tema 1. Clasificación, diagnóstico y complicaciones. *Farmacia Profesional.* 2016;30(1):26-33.
8. Fazeli Farsani S, van der Aa MP, van der Vorst MM, Knibbe CA, de Boer A. Global trends in the incidence and prevalence of type 2 diabetes in children and adolescents: a systematic review and evaluation of methodological approaches. *Diabetologia.* 2013;56(7):1471-88.
9. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2012. [Acceso: 16 Nov 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf
10. Gagliardino JJ, Etchegoyen G, Bourgeois M, Fantuzzi G, García S, González L, *et al.* Prevención primaria de diabetes tipo 2 en Argentina: estudio piloto en la provincia de Buenos Aires. *Rev argent endocrinol metab.* 2016;53(4):135-41.
11. Domínguez Alonso E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol.* 2013;24(2):200-13.

12. Carruth L, Mendenhall E. Social aetiologies of type 2 diabetes. *BMJ*. 2018;361:k1795. doi: 10.1136/bmj.k1795
13. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Stress resilience and subsequent risk of type 2 diabetes in 1.5 million young men. *Diabetologia*. 2016;59(4):728-33.
14. López Ramón C, Ávalos García MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013;39(2):331-45.
15. Elgart JF, Asteazarán S, de la Fuente JL, Camillucci C, Brown JB, Gagliardino JJ. Direct and indirect costs associated to type 2 diabetes and its complications measured in a social security institution of Argentina. *Int J Public Health*. 2014;59(5):851-7.
16. Tabb KM, Perez-Flores N, Wang Y, Huang H. The burden of suicidal ideation among persons with type II diabetes: Ascoping review. *J Psychosom Res*. 2017;103:113-8.
17. Darwish L, Beroncal E, Sison MV, Swardfager W. Depression in people with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2018;11:333-43.
18. Holt RIG, de Groot M, Golden SH. Diabetes and depression. *Curr Diab Rep*. 2014;14(6):491.
19. Holt RIG, de Groot M, Lucki I, Hunter CM, Sartorius N, Golden SH. NIDDK International Conference Report on Diabetes and Depression: Current Understanding and Future Directions. *Diabetes Care*. 2014;37(8):2067-77.
20. Ledón Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol*. 2012;23(1):76-97.
21. Lloyd CE, Nouwen A, Sartorius N, Ahmed HU, Alvarez A, Bahendeka S, *et al*. Prevalence and correlates of depressive disorders in people with Type 2 diabetes: results from the International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression (INTERPRET-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. *Diabet Med*. 2018;35(6):760-9.
22. Schinckus L, Avalosse H, Van den Broucke S, Mikolajczaka M. The role of trait emotional intelligence in diabetes self-management behaviors: The mediating effect of diabetes-related distress. *Pers Individ Dif*. 2018;131:124-31.
23. Katon W, Pedersen HS, Ribe AR, Fenger-Grøn M, Davydow D, Waldorff FB, *et al*. Effect of depression and diabetes mellitus on the risk for dementia: a national population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(6):612-9.

24. Ciudin A. Diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad de Alzheimer: una relación para no olvidar. *Endocrinol Nutr.* 2016; 63(5):191-3.
25. Muñoz G, Degen Ch, Schröder J, Toro EP. Diabetes mellitus y su asociación con deterioro cognitivo y demencia. *Rev Med Clin Condes.* 2016;27(2):266-70.
26. Azzollini S, Bail Pupko V, Vidal V, Benvenuto A, Ferrer L. Diabetes tipo 2: depresión, ansiedad y su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas para la adhesión al tratamiento. *Anu investig.* 2015;22(2):287-91.
27. Benítez-Agudelo JC, Barceló-Martínez E, Gelves-Ospina M. Factores psicológicos implicados en el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2. *Anuario de Psicología.* 2017;47(3):140-5.
28. International Diabetes Federation. DAWN2: Evaluando el apoyo psicosocial para las personas con diabetes y sus familias. *Diabetes Voice.* 2013;58(2).
29. Peyrot M, Burns KK, Davies M, Forbes A, Hermanns N, Holt R, *et al.* Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013;99(2):174-84.
30. Martínez-Herrera E, Moreno-Mattar O, Dover RVH. El significado del capital social “individual” en diabéticos receptores de cuidado en un contexto urbano colombiano. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(4):837-49.
31. Amorim MM, Ramos N, Menezes Brito MJ, Gazzinelli MF. Identity Representations of People With Diabetes. *Qual Health Res.* 2014;24(7):913-22.
32. García de Alba-García JE, Salcedo-Rocha AL, Hayes Bautista D, Milke Najar ME. Dominio cultural sobre causas de diabetes en tres generaciones de estratos populares en Guadalajara, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(3):308-15.
33. Cántaro K, Jara JA, Taboada M, Mayta-Tristán P. Asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimientos sobre diabetes en pacientes diabéticos tipo 2. *Endocrinol Nutr.* 2016;63(5):202-11.
34. Kovacs Burns K, Nicolucci A, Holt RIG, Willaing I, Hermanns N, Kalra S, *et al.* Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): cross-national

benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabet Med.* 2013;30(7):778-88.

35. Coronado-Cordero IA, Escalante-Pulido JM. Estudio DAWN 2. Actitudes, deseos y necesidades del paciente con diabetes: un enfoque holístico. *Med Int Méx.* 2014;30(4):435-41.

36. Bail Pupko V, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Argent Salud Pública.* 2012;3(10):15-23.

37. Galindo Rubio M, Jansà Morató M, Menéndez Torre E. Educación terapéutica y autocuidado: resultados del estudio observacional transversal Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) en España. *Endocrinol Nutr.* 2015;62(8):391-9.

38. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria.* 2016;48(6):406-20.

39. Figuerola D, Reynals E. Comprender al paciente y hacerse comprender por él. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2013;8(1):55-8.

40. Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aten Fam.* 2016;23(2):43-7.

41. Yoldi C. Formación en educación terapéutica en diabetes. ¿Qué tenemos y qué nos falta? *Av Diabetol.* 2011;27(3):100-5.

42. Hevia VP. Educación en diabetes. *Rev Med Clin Condes.* 2016;27(2):271-6.

43. Casanova Moreno MC, Bayarre Vea HD, Navarro Despaigne DA, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Efectividad de una estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2017 [acceso: 3 Dic 2017];43(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

44. Mendoza-Catalán G, Chaparro-Díaz L, Gallegos-Cabriales E, Carreno-Moreno S. Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enferm univ.* 2018;15(1):90-102.

45. Sandín M, Espelt A, Escolar-Pujolar A, Arriola L, Larrañaga I. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. *Av Diabetol.* 2011;27(3):78-87.

46. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G. Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocr Rev.* 2016;37(3):278-316.
47. Kautzky-Willer A, Harreiter J. Sex and gender differences in therapy of type 2 Diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;131:230-41.
48. International Diabetes Federation. Mujeres y diabetes. Nuestro derecho a un futuro saludable. Kit de campaña 2017. [Acceso: 22 Nov 2017]. Disponible en: file:///C:/Users/hp/Downloads/IDF_toolkit_ES%20Static.pdf
49. Nazar-Beutelspacher A, Salvatierra-Izaba B. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Pap poblac.* 2010;16(64):67-92.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en la realización del trabajo.

Contribución de los autores

Silvia Deborah Ofman: Concepción y redacción del artículo; búsqueda de bibliografía.

Mariano Javier Taverna: Búsqueda bibliográfica y revisión final del documento.

Dorina Stefani: Elaboración y revisión crítica del manuscrito.