

Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género

Austreberta NAZAR-BEUTELSPACHER
y Benito SALVATIERRA-IZABA

El Colegio de la Frontera Sur

Resumen

En este trabajo, realizado en un contexto urbano pobre de Chiapas, México, se analiza la relación entre diabetes mellitus tipo 2, depresión clínica y calidad de vida en hombres y mujeres adultos, desde la perspectiva de género. Se evidencia el efecto, diferenciado por edad y sexo, de la diabetes mellitus tipo 2 en la probabilidad de depresión clínica y su gravedad, así como en los aspectos psicosociales asociados a los roles de género. Con base en los hallazgos de la investigación se proponen algunas explicaciones a la mortalidad más temprana de los hombres diabéticos.

Palabras clave: envejecimiento, género, diabetes mellitus tipo 2, depresión, calidad de vida, Chiapas.

Abstract

Aging quality of life, and early mortality in diabetic men; an approach from gender perspective

In this work, carried out in the poor urban context of Chiapas, Mexico, the relationship among diabetes mellitus type 2, clinical depression and quality of life in adult men and women is analyzed from the gender perspective. The differentiated effect, evidenced by gender and age, of diabetes mellitus type 2 on the probability of clinical depression and its severity, as well as in the psychosocial aspects associated to the gender roles. Some explanations to the earlier mortality in the diabetic men are proposed.

Key words: aging, gender, type 2 diabetes mellitus, clinical depression, quality of life, Chiapas.

Introducción

En la presente década ha habido un creciente interés en el estudio de la calidad de vida y la salud de la población adulta mayor. En el ámbito de la salud se documenta un incremento en las tasas y en el número absoluto de casos de enfermedades crónicas en población adulta, debido al proceso de transición demográfica y al aumento en la esperanza de vida, pero también a un aumento del riesgo de contraer esas enfermedades entre la población adulta, riesgo asociado a cambios en los hábitos de alimentación y a la propagación de un estilo de vida sedentario,

entre otros factores. Se estima que el volumen de enfermedades crónicas está aumentando rápidamente y que en la actualidad corresponden al 60.0 por ciento del total de 56.5 millones de defunciones notificadas en el mundo y al 46.0 por ciento de las enfermedades (FAO/WHO, 2003: 16); entre ellas, la diabetes tipo 2 es la enfermedad crónica degenerativa más preocupante. En México, esta enfermedad es la principal causa de morbilidad y mortalidad, y sus tasas van en aumento. Lo anterior, en un contexto de envejecimiento de la población en el que la población de adultos mayores pasará de 7.0 por ciento en el año 2000, a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050 (Conapo, 2005: 4).

Las estadísticas de mortalidad en México muestran que los hombres diabéticos viven en promedio tres años menos que las mujeres diabéticas (67 y 70 años, en promedio, respectivamente) (FMD, 2008: 1). El análisis de la edad a la muerte por sexo, con base en las estadísticas en Chiapas, confirma que la muerte en los hombres diabéticos ocurre a edades más tempranas que en las mujeres diabéticas (mediana de 65 y 67 años para hombres y mujeres, respectivamente).¹

La menor esperanza de vida en los hombres ha sido documentada ampliamente en todo el mundo, lo cual se debe en buena medida a los patrones específicos de riesgo en distintos grupos de edad que incrementan, por ejemplo, la probabilidad de muerte en varones jóvenes. Sin embargo, al situar la comparación de la esperanza de vida por sexo, respecto a enfermedades específicas, como la diabetes mellitus tipo 2, la explicación es menos clara. Esta enfermedad tiene una prevalencia más elevada en las mujeres, pero las enfermas son más longevas.

Durante décadas ha llamado la atención la mayor frecuencia de morbilidad en las mujeres ¿cómo explicar entonces su mayor esperanza de vida? Bird y Rieker (1999: 745-755) han sugerido que es necesario revisar las ventajas y desventajas sociales —de género— que enfrentan hombres y mujeres.

La diabetes mellitus tipo 2, así como otras enfermedades crónicas, han sido investigadas y han recibido atención médica con énfasis en sus aspectos biológicos, pero descuidando los procesos sociales asociados. Sin embargo, de manera reciente, éstos últimos han sido reconsiderados en el análisis de la comorbilidad que se registra en la diabetes tipo 2, la cual contribuye a generar problemas en el control de la enfermedad y el logro de una calidad de vida satisfactoria. En particular, se ha documentado

¹ Estimaciones propias con base en registros de INEGI, Base de datos de Mortalidad 1998-2003.

la asociación entre diabetes tipo 2 y depresión clínica, toda vez que los diabéticos padecen depresión con una frecuencia tres veces mayor que la observada entre la población en general (Anderson *et al.*, 2001: 1070), lo cual tiene implicaciones directas en la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, el control de la glicemia y la esperanza de vida. Las evidencias indican que en personas diabéticas deprimidas alguna vez en la vida existe un mayor riesgo de complicaciones metabólicas (De Groot *et al.*, 2000: 428-429) y que el tratamiento de la depresión mejora el control de la glicemia (Lustman *et al.*, 1997: 246).

Existen dos hipótesis dominantes respecto a la relación entre diabetes mellitus tipo 2 y depresión. La primera sugiere que la depresión es resultado directo de los cambios bioquímicos debidos a la enfermedad o a su tratamiento; la segunda propone que la depresión es resultado de las demandas psicosociales o factores psicológicos asociados con la enfermedad o su tratamiento. Talbot y Nouwen (2000: 1557-1559), con base en un análisis de la literatura publicada hasta mayo del año 2000, afirman que no existe suficiente información acerca de los mecanismos por los cuales los cambios bioquímicos derivados de la diabetes o su tratamiento se asocian a la depresión clínica, por lo que esta hipótesis se ve improbable. La segunda hipótesis tiene un mayor sustento. Por ejemplo, se ha documentado que la depresión en la diabetes puede resultar de los problemas personales y sociales derivados de la enfermedad más que de la enfermedad en sí misma. Así, se ha reportado que la frecuencia de depresión en diabéticos diagnosticados es mayor que en personas diabéticas que aún no han sido diagnosticadas (Rajala *et al.*, 1997: 363).

Las explicaciones psicosociales han sido clasificadas en tres grandes grupos: (a) la depresión es el efecto de las demandas psicosociales impuestas por la diabetes; (b) la depresión es resultado de la percepción e interpretación de la enfermedad por parte de los enfermos y enfermas; y (c) la depresión está asociada a las características del apoyo familiar y social (Talbot y Nouwen, 2000: 1559). Todos ellos podrían estar fuertemente asociados a las diferencias de género en cuanto al acceso a los servicios de salud, apoyos familiares y sociales y la interpretación y efectos que para unos y otras tiene la enfermedad crónica. Adicionalmente, existen evidencias de que la probabilidad de depresión y de muerte es diferente en hombres y mujeres de edad avanzada (Kaarin *et al.*, 2002: 885-886).

En este trabajo, de carácter exploratorio, se retoma la hipótesis de los determinantes psicosociales para analizar la relación entre diabetes mellitus tipo 2, depresión, calidad de vida y envejecimiento. Inicialmente

se describen algunos aspectos socioeconómicos y demográficos de hombres y mujeres que cursan con diabetes mellitus tipo 2 o con otras enfermedades crónicas, para mostrar las características de los grupos de comparación y situar la condición de desventaja de género que enfrentan las mujeres en general. Posteriormente se analiza la relación entre depresión y diabetes por grupos de edad y sexo, seguido de la relación entre calidad de vida y diabetes por edad y sexo. Finalmente, se analizan las relaciones múltiples entre la diabetes, la depresión y la edad con la calidad de vida. Con base en los resultados se propone, desde la perspectiva de género, una posible explicación a la menor sobrevivencia de los hombres diabéticos.

Aspectos metodológicos

El universo de estudio comprende todas las colonias urbanas y rurales del municipio de Tuxtla Gutiérrez, capital del estado de Chiapas. Esta demarcación contaba con 505 320 habitantes en el año 2005, y tiene una extensión territorial de 412.40 km². La mayor parte de su población es urbana (99.6 por ciento) con una densidad de población de 1 053 habitantes por km² (la densidad de población promedio en el estado es de 52 habitantes por km²). Se tiene registro de 319 colonias, incluidos los asentamientos irregulares, distribuidas en 12 sectores, con diferente densidad de población y número de habitantes. En ese mismo año se registraron 8 256 personas que hablan alguna lengua indígena. Es el municipio que registra el estadio más avanzado de transición demográfica en la entidad; 44 por ciento de su población tiene 30 años o más de edad (*Enciclopedia de los municipios de México*, 2005).

Para la estimación del tamaño de la muestra se utilizaron los siguientes parámetros estadísticos: nivel de confianza o poder muestral del 95 por ciento ($z = 1.96$); precisión de 0.15; prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 20 años y más de 0.08 (ocho por ciento). El tamaño mínimo de muestra estimado fue de 2 018 viviendas. Finalmente, se obtuvo información completa de 2 290 grupos domésticos.

El acopio de información fue realizado entre septiembre de 2005 y abril de 2006 (Encuesta sobre Enfermedades Crónicas en Población Adulta de Chiapas, Ecpa-2006) mediante dos cuestionarios: un cuestionario familiar, que permitió identificar aspectos sociodemográficos y estructura de los grupos domésticos, actividades económicas y origen de los apoyos económicos recibidos, condición económica y cobertura de seguridad social, enfermedades crónicas diagnosticadas, así como las características

de cada una de ellas; a las personas identificadas con alguna enfermedad crónico degenerativa diagnosticada se les invitó a responder un cuestionario individual, garantizándoles la confidencialidad de la información. En este segundo cuestionario se profundizó sobre aspectos relativos a la calidad de vida de las personas, apoyos con los que cuentan para sus actividades cotidianas, para su atención médica, para resolver las limitaciones de la incapacidad (cuando la hubiera) y para el financiamiento de sus gastos en salud, así como el abandono del tratamiento o dificultades para seguirlo.

Adicionalmente, se preguntó sobre sintomatología depresiva, utilizando el instrumento Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25). Este instrumento ha sido utilizado exitosamente para pruebas de tamizaje en la población general y en el punto de corte de 1.75 tiene resultados similares al de otros instrumentos, incluyendo la entrevista psiquiátrica diagnóstica (Nettelblatt *et al.*, 1993: 130-133). En este estudio fue considerado 1.75 como punto de corte para considerar depresión clínica en las personas entrevistadas. También se indagó sobre violencia familiar, y consumo de alcohol y tabaco. Para la evaluación de la calidad de vida fueron identificados, con base en la revisión de la literatura sobre envejecimiento, enfermedad crónica y muerte, cinco componentes: pérdida de las funciones, dependencia, relaciones familiares, proyecto de vida frente a una mayor conciencia de la muerte, y problemas económicos relacionados con la salud, los cuales fueron operacionalizados para este estudio. Todos ellos fueron explorados; sin embargo, para este análisis sólo se retoman dos, los cuales permiten establecer la relación entre la enfermedad crónica, el envejecimiento y el género: la disrupción del proyecto de vida y de las actividades cotidianas, y la pérdida de las funciones.

Para el análisis fueron consideradas las 125 personas diabéticas diagnosticadas de 40 años y más de ambos sexos, así como las 117 personas del mismo grupo de edad y de ambos sexos que padecían otras enfermedades crónicas y que accedieron a responder el cuestionario individual. En la primera etapa se realizó análisis bivariado comparativo entre casos de diabetes mellitus tipo 2 y el grupo de otras enfermedades crónicas, estratificando por sexo y edad para las variables de depresión y de calidad de vida. En la segunda, un análisis multivariante que permitió evaluar el impacto de la interacción edad, depresión y diabetes con las distintas variables de calidad de vida para hombres y mujeres.

Resultados

En total se obtuvo información de 2 602 familias en las que se identificaron 709 hombres y 929 mujeres de 40 años y más. La prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada en ellos fue de 15 por ciento de los hombres y 12.2 por ciento de las mujeres.²

El cuestionario individual fue respondido por 72 hombres y 169 mujeres, de los cuales 124 (42 hombres y 82 mujeres) correspondieron a diabéticos diagnosticados y 177 (30 hombres y 87 mujeres) a no diabéticos que cursan con otras enfermedades crónicas diagnosticadas. Las enfermedades crónicas del grupo de no diabéticos fueron: hipertensión arterial (23 hombres y 77 mujeres), enfermedades cardiovasculares (seis hombres y ocho mujeres), problemas renales (cinco hombres y nueve mujeres) y cáncer (un hombre y dos mujeres). Estos grupos no difieren entre sí en cuanto a estado civil, edad, escolaridad o trabajo remunerado (cuadro 1).

Ambos grupos pertenecen a asentamientos urbanos pobres y se caracterizan por su baja escolaridad. Una tercera parte de los hombres y dos terceras partes de las mujeres, diabéticos y no diabéticos, carecen de toda escolaridad o solamente cuentan con algún grado de educación primaria. Asimismo, una tercera parte de los hombres y aproximadamente 80 por ciento de las mujeres, diabéticos y no diabéticos, carece de toda actividad remunerada, y aproximadamente la mitad de hombres y mujeres reportó contar con algún programa de protección social en salud (cuadro 1). Casi la totalidad de las mujeres aseguradas obtuvo su seguro de la cobertura del trabajo por parte de hijos, hijas o cónyuge, y aproximadamente un tercio de las mujeres que cuentan con seguro médico fueron aseguradas después de que se les realizó el diagnóstico de la enfermedad crónica. La desventaja social de las mujeres diabéticas y no diabéticas es evidente.

² La menor prevalencia de diabetes diagnosticada en las mujeres se debió muy probablemente a subdiagnóstico, ya que ellas tuvieron una frecuencia muy alta de sintomatología compatible con diabetes pero que no había sido diagnosticada hasta el momento de la encuesta.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE PERSONAS DIABÉTICAS
Y NO DIABÉTICAS DE 40 AÑOS Y MÁS, POR SEXO, INCLUIDOS
EN EL ESTUDIO (EN PORCENTAJE)

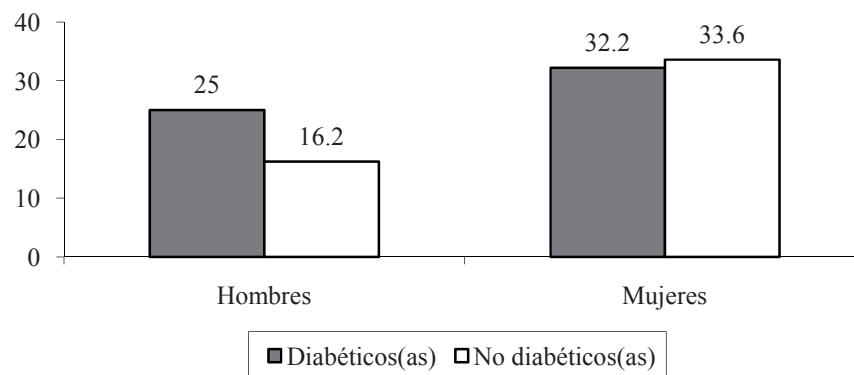
Características de la población en estudio	Hombres		Mujeres	
	Diabéticos N = 42	No diabéticos N = 30	Diabéticas N = 82	No diabéticas N = 87
<i>Estado civil</i>				
Soltero (a)	2.4	3.3	1.2	2.3
Casado (a)	73.8	70	51.2	43.7
Separado (a)	0	3.3	15.9	17.2
Unión libre	11.9	16.7	7.3	5.7
Viudo (a)	11.9	6.7	18.3	21.8
Divorciado (a)	0.0	0.0	6.1	9.2
χ^2 y valor de p	1.922; 0.750		2.005; 0.848	
<i>Edad</i>				
40 a 64	67.4	63.3	65.9	72.4
65 y más	32.6	36.7	34.1	27.6
χ^2 y valor de p	0.132; 0.716		0.853; 0.356	
<i>Escolaridad</i>				
Sin escolaridad	4.7	16.7	32.9	25.3
Primaria incompleta	27.9	16.7	34.1	34.5
Primaria completa	30.2	23.3	19.5	23
Secundaria completa y más	37.2	43.3	13.4	17.8
χ^2 y valor de p	4.110; 0.250 (3gl)		1.495; 0.683 (3gl)	
<i>Trabajo remunerado (sí/no)</i>	67.4	63.3	19.5	20.7
χ^2 y valor de p	0.778; 0.678		0.036; 0.849	
<i>Pertenencia a un programa de protección a la salud (seguridad social) (sí/no)</i>	46.5	53.3	50.6	51.7
χ^2 y valor de p	0.329; 0.566		0.021; 0.886	
<i>Le aseguraron después de que fue diagnosticado (sí/no)</i>	16.7	13.3	31.7	31.8
χ^2 y valor de p	0.071; 0.790		0.000; 1.000	
<i>Por parte de quién está asegurado (a)</i>				
Por su propio trabajo				
Esposo (a)	34.9	36.7	7.3	6.9
Hijos (as)	2.3	0.0	18.2	20.6
Seguro Popular	7.0	6.7	19.4	22.9
Oportunidades	2.3	3.3	4.8	1.1
No está asegurado (a)	53.5	46.7	49.4	48.3
χ^2 y valor de p	4.862; 0.433 (4gl)		6.069; 0.532 (4gl)	

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

Frecuencia de depresión clínica

La frecuencia de depresión clínica fue mayor en las mujeres (32.2 por ciento) que en los hombres diabéticos (25 por ciento), sin diferencias significativas ($p = 0.261$) (figura 2), lo que coincide con lo reportado por Ryan *et al.* (2001: 1070). Sin embargo, la comparación de la frecuencia de depresión entre personas diabéticas y no diabéticas permite apreciar que la diabetes mellitus tipo 2 incrementa la probabilidad de padecer depresión en los hombres pero no en las mujeres. Esto último se ve documentado porque cuando se comparan hombres y mujeres no diabéticos sí existen diferencias significativas en la frecuencia de depresión, la cual es mayor en las mujeres; esta diferencia desaparece al comparar hombres y mujeres diabéticos, a expensas de un incremento de la depresión en los hombres (gráfica 1).

GRÁFICA 1
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN CLÍNICA EN PERSONAS DIABÉTICAS Y NO DIABÉTICAS DE 40 AÑOS Y MÁS DE EDAD, POR SEXO



Hombres vs mujeres diabéticos: $\chi^2 = 1.265$; $p = 0.261$.
Hombres vs mujeres no diabéticos: $\chi^2 = 7.727$; $p = 0.005$.
Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

La edad es un factor clave en la explicación de la asociación de la diabetes mellitus tipo 2 y la depresión en los hombres. Así, aquéllos mayores de 64 años tienen la probabilidad más elevada de depresión con una frecuencia de 42.9 por ciento, lo que contrasta con los hombres diabéticos jóvenes (10.7 por ciento) ($p = 0.020$) (cuadro 2). A diferencia de ellos, las mujeres diabéticas no registran un incremento de la frecuencia de depresión con la edad ($p = 0.735$).

CUADRO 2
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN CLÍNICA EN PERSONAS DIABÉTICAS
Y NO DIABÉTICAS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

	40 a 64 años N/%	65 años o más N/%	χ^2 y valor de p (40-64 vs 65 y más)
<i>Hombres</i>			
Diabéticos	28 (10.7)	14 (42.9)	5.455; 0.020
No diabéticos	18 (16.7)	11 (0.0)	3.070; 0.080
χ^2 y valor de p	0.335; 0.563	8.433; 0.004	
Diabéticos vs no diabéticos			
<i>Mujeres</i>			
Diabéticas	54 (29.6)	27 (33.3)	1.115; 0.735
No diabéticas	63 (31.7)	24 (45.8)	1.475; 0.225
χ^2 y valor de p	0.061; 0.805	0.834; 0.361	
Diabéticos vs no diabéticos			

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

En síntesis, la coincidencia de diabetes mellitus tipo 2 y la mayor edad incrementan significativamente la probabilidad de depresión en los hombres. Los hombres diabéticos de mayor edad tienen cuatro veces mayor riesgo de depresión que los hombres diabéticos jóvenes ($p = 0.020$) y 2.6 veces mayor probabilidad de padecer depresión que los hombres no diabéticos de mayor edad ($p = 0.004$), lo que indica un posible efecto de interacción entre la edad y la diabetes como factores explicativos de la depresión en los hombres. En las mujeres, la depresión no se asocia con la mayor edad ($p = 0.735$) ni con la diabetes (cuadro 2).

Estos datos apuntan claramente a una explicación psicosocial de la relación diabetes mellitus tipo 2 y depresión, asociada al envejecimiento y al género, lo cual se documenta con mayor precisión al analizar las diferencias en la frecuencia de sintomatología depresiva registrada por hombres y mujeres diabéticos.

Sintomatología depresiva

La depresión es más severa en los hombres diabéticos de mayor edad (65 o más años), ya que registran significativamente mayor frecuencia de sensación de soledad (50 por ciento), tristeza (57.1 por ciento), desinterés (35.7 por ciento), dificultad para dormir (42.9 por ciento), falta de energía (57.1 por ciento), preocupación excesiva (71.4 por ciento), desesperanza (35.7 por ciento) y llanto fácil (57.1 por ciento), así como pérdida de la

autoestima (28.6 por ciento), que su grupo de comparación. Esas cifras también son superiores a las de las mujeres diabéticas del mismo grupo de edad (cuadro 3).

CUADRO 3
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS DIABÉTICAS
Y NO DIABÉTICAS, POR EDAD Y SEXO

Síntomatología depresiva (últimos 15 días)	Mujeres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D N = 54 %	ND N = 63 %	χ^2 y valor de p	D N = 28 %	ND N = 24 %	χ^2 y valor de p
<i>Se siente solo (a)</i>	42.6	46	0.14 0.709	39.3	58.3	10.24 0.001
<i>Se siente triste (sí/no)</i>	63	55.6	0.66 0.416	42.9	62.5	2.01 0.156
<i>Ha tenido ideas de quitarse la vida (sí/no)</i>	9.3	7.9	0.07 0.799	7.1	20.8	2.11 0.146
<i>Se siente menos que los demás (sí/no)</i>	22.2	23.8	0.04 0.839	25	33.3	0.44 0.509
<i>Ha tenido poco apetito (sí/no)</i>	11.1	14.3	1.54 0.462	21.4	20.8	0.00 0.958
<i>Ha tenido dificultad para dormir o despierta continuamente (sí/no)</i>	38.9	46	0.61 0.436	17.9	54.2	7.70 0.006

* Punto de corte: 1.75; fueron considerados 14 de los 15 ítems debido a que la pregunta sobre pérdida de interés o menor disfrute de las relaciones sexuales tuvo una tasa muy elevada de no respuesta, superior a 40 por ciento.

D = diabéticos (as) ND = no diabéticos (as).

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

CUADRO 3
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS DIABÉTICAS
Y NO DIABÉTICAS, POR EDAD Y SEXO (CONTINUACIÓN)

Síntomatología depresiva (últimos 15 días)	Mujeres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D N = 54 %	ND N = 63 %	χ^2 y valor de p	D N = 28 %	ND N = 24 %	χ^2 y valor de p
<i>Se ha sentido con falta de energía, lento (a) (sí/no)</i>	46.3	60.3	2.31 0.129	46.4	54.2	0.31 0.578
<i>Se culpa por las cosas que pasan (sí/no)</i>	27.8	33.3	0.42 0.516	21.4	37.5	1.63 0.202
<i>Llora fácilmente (sí/no)</i>	59.3	66.7	0.67 0.408	39.3	66.7	3.94 0.047
<i>Ha sentido que no tiene esperanzas para el futuro (sí/no)</i>	31.5	28.6	0.12 0.732	28.6	37.5	0.47 0.494
<i>Se preocupa mucho por todo (sí/no)</i>	63	61.9	0.01 0.906	57.1	66.7	0.49 0.481
<i>No se interesa en nada (sí/no)</i>	14.8	17.5	0.15 0.698	32.1	20.8	0.85 0.356
<i>Siente que todo es un esfuerzo (sí/no)</i>	35.2	36.5	0.02 0.882	32.1	37.5	0.16 0.686

* Punto de corte: 1.75; fueron considerados 14 de los 15 ítems debido a que la pregunta sobre pérdida de interés o menor disfrute de las relaciones sexuales tuvo una tasa muy elevada de no respuesta, superior a 40 por ciento.

D = diabéticos (as) ND = no diabéticos (as).

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

La frecuencia de ideación suicida, que manifiesta depresión grave en los hombres diabéticos mayores ocurrió en 21.4 por ciento de los casos, lo que contrasta con su grupo de comparación (varones no diabéticos de 65 años o más de edad) en los que ninguna persona reportó tener ideación suicida y con los hombres diabéticos más jóvenes (10.3 por ciento). También es tres veces mayor que la registrada por las mujeres diabéticas de mayor edad (7.1 por ciento) (cuadro 3).

CUADRO 3
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS DIABÉTICAS
Y NO DIABÉTICAS, POR EDAD Y SEXO (CONTINUACIÓN)

Sintomatología depresiva (últimos 15 días)	Hombres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D N = 29 %	ND N = 19 %	χ^2 y valor de p	D N = 14 %	ND N = 11 %	χ^2 y valor de p
<i>Se siente solo (a)</i>	6.9	0	2.07	50	0.0	10.24
			0.150			0.001
<i>Se siente triste (sí/no)</i>	13.8	10.5	0.11	57.1	9.1	6.85
			0.736			0.009
<i>Ha tenido ideas de quitarse la vida (sí/no)</i>	10.3	10.5	0.00	21.4	0.0	3.78
			0.984			0.051
<i>Se siente menos que los demás (sí/no)</i>	6.9	10.5	0.19	28.6	0.0	5.23
			0.660			0.022
<i>Ha tenido poco apetito (sí/no)</i>	20.7	0.0	6.60	35.7	9.1	2.60
			0.010			0.107
<i>Ha tenido dificultad para dormir o despierta continuamente (sí/no)</i>	10.3	15.8	0.31	42.9	9.1	3.82
			0.581			0.051

* Punto de corte: 1.75; fueron considerados 14 de los 15 ítems debido a que la pregunta sobre pérdida de interés o menor disfrute de las relaciones sexuales tuvo una tasa muy elevada de no respuesta, superior a 40 por ciento.

D = diabéticos (as) ND = no diabéticos (as).

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

Calidad de vida y diabetes

¿Con qué aspectos de la calidad de vida se relaciona la depresión en los hombres diabéticos y en las mujeres diabéticas? Fueron considerados aspectos de la calidad de vida que resumen lo señalado en la literatura respecto a la relación salud-calidad de vida-envejecimiento: disrupción del proyecto de vida y actividades cotidianas, y deterioro físico (pérdida de las funciones), así como la relación entre éstos y el abandono temporal o definitivo del tratamiento.

CUADRO 3
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS DIABÉTICAS
Y NO DIABÉTICAS, POR EDAD Y SEXO (CONTINUACIÓN)

Síntomatología depresiva (últimos 15 días)	Hombres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D N = 29 %	ND N = 19 %	χ^2 y valor de p	D N = 14 %	ND N = 11 %	χ^2 y valor de p
<i>Se ha sentido con falta de energía, lento (a) (sí/no)</i>	27.6	36.8	0.45 0.500	57.1	18.2	4.1 0.043
<i>Se culpa por las cosas que pasan (sí/no)</i>	20.7	21.1	0 0.976	35.7	9.1	2.60 0.107
<i>Llora fácilmente (sí/no)</i>	13.8	42.1	4.85 0.028	57.1	9.1	6.85 0.009
<i>Ha sentido que no tiene esperanzas para el futuro (sí/no)</i>	10.3	15.8	0.31 0.581	35.7	0.0	6.77 0.009
<i>Se preocupa mucho por todo (sí/no)</i>	41.4	42.1	0.00 0.960	71.4	27.3	4.98 0.026
<i>No se interesa en nada (sí/no)</i>	10.3	5.3	0.41 0.522	35.7	0.0	6.77 0.009
<i>Siente que todo es un esfuerzo (sí/no)</i>	6.9	15.8	0.95 0.33	35.7	0.0	6.77 0.009

* Punto de corte: 1.75; fueron considerados 14 de los 15 ítems debido a que la pregunta sobre pérdida de interés o menor disfrute de las relaciones sexuales tuvo una tasa muy elevada de no respuesta, superior a 40 por ciento.

D = diabéticos (as) ND = no diabéticos (as).

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

Es claro que la diabetes mellitus tipo 2 tiene un mayor impacto negativo en los hombres —particularmente en los de mayor edad, en lo que se refiere al proyecto de vida (tenía la ilusión de hacer algo en la vida que ahora ya no puede hacer), lo cual evidencia la disrupción³ que ocasiona la enfermedad y cuyas secuelas negativas se incrementan a medida que transcurre el tiempo (cuadro 4). Los hombres diabéticos de 65 años o más tienen una frecuencia significativamente más alta de frustración que las mujeres diabéticas del mismo grupo de edad ($p = 0.025$).

La disrupción del proyecto de vida en los hombres se relacionó principalmente con la capacidad para trabajar, estudiar para mejorar sus

³ En referencia a la palabra inglesa “disruption” que en el contexto de la sociología médica hace referencia a la alteración o interrupción de un proyecto de vida o de las actividades cotidianas debido a la enfermedad (Bury, 1982: 453), también significa ruptura, conflicto.

ingresos y mejorar su vivienda (77.7 por ciento en los jóvenes y 100 por ciento en los mayores). En las mujeres jóvenes, con la posibilidad de tener un ingreso propio o estudiar para no depender económicamente de los demás (56.3 por ciento); en las mayores, con el trabajo remunerado para evitar la dependencia y pagar los gastos de su enfermedad (71.4 por ciento). Lo que evidencia, en ambos sexos y en los dos grupos de edad, el efecto de la enfermedad en un contexto de pobreza urbana como el analizado en este trabajo, que hace que el proyecto de vida de hombres y mujeres se centre en la superación de la pobreza.

El mayor impacto negativo en las actividades cotidianas en los hombres se registró en el trabajo: abandono o cambio de actividad en 60 por ciento en los jóvenes y 100 por ciento en los mayores. Por otra parte, 52 por ciento de las mujeres jóvenes dejaron de hacer los quehaceres domésticos y 32 por ciento abandonó el trabajo remunerado; mientras que 75.4 por ciento de las mujeres mayores dejó de hacer los quehaceres domésticos y 14.3 por ciento cambió de actividad remunerada para realizarla en casa.

CUADRO 4
DISRUPCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA Y ACTIVIDADES
COTIDIANAS EN PERSONAS DIABÉTICAS Y NO DIABÉTICAS,
POR EDAD Y SEXO

Disrupción	Hombres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D N = 29 %	ND N = 19 %	χ^2 y valor de p	D N = 14 %	ND N = 11 %	χ^2 y valor de p
<i>Frustración del proyecto de vida</i>						
Tenía la ilusión de hacer algo en la vida que por la enfermedad no pudo hacer (sí/no)	34.5	15.8	2.36 0.124	57.1	27.3	2.89 0.089
<i>Cambio en las actividades cotidianas</i>						
Ha tenido que hacer cosas que antes no hacía (sí/no)	20.7	21.1	0.00 0.976	28.6	27.3	0.00 0.943
Ha dejado de hacer cosas que antes hacía (sí/no)	34.5	26.3	0.36 0.548	64.3	72.2	0.20 0.652

Hombres diabéticos vs. mujeres diabéticas de 40 a 64 años: $\chi^2 = 0.11$, $p = 0.742$.

Hombres diabéticos vs. mujeres diabéticas de 65 y más años: $\chi^2 = 5.036$, $p = 0.025$.

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

CUADRO 4
DISRUPCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA Y ACTIVIDADES
COTIDIANAS EN PERSONAS DIABÉTICAS Y NO DIABÉTICAS,
POR EDAD Y SEXO (CONTINUACIÓN)

Disrupción	Mujeres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D N = 54 %	ND N = 63 %	χ^2 y valor de p	D N = 28 %	ND N = 24 %	χ^2 y valor de p
<i>Frustración del proyecto de vida</i>						
Tenía la ilusión de hacer algo en la vida que por la enfermedad no pudo hacer (sí/no)	31.5	36.5	0.25	25	45.8	2.49
			0.616			0.115
<i>Cambio en las actividades cotidianas</i>						
Ha tenido que hacer cosas que antes no hacía (sí/no)	16.7	30.2	2.97	25	12.5	1.34
			0.085			0.247
Ha dejado de hacer cosas que antes hacía (sí/no)	46.3	49.2	0.10	57.1	58.3	0.01
			0.753			0.931

Hombres diabéticos vs. Mujeres diabéticas de 40 a 64 años: $\chi^2 = 0.11$, $p = 0.742$.

Hombres diabéticos vs. Mujeres diabéticas de 65 y más años: $\chi^2 = 5.036$, $p = 0.025$.

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

Respecto a la relación entre diabetes y pérdida de las funciones, en los hombres diabéticos de mayor edad se registró la mayor frecuencia de pérdida auditiva (50 por ciento), que fue 2.7 mayor a la de los hombres no diabéticos del mismo grupo de edad (18.2 por ciento) y 1.6 veces mayor a la de las mujeres diabéticas de 65 años o más (32.1 por ciento), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (cuadro 5).

Para evaluar las relaciones múltiples entre las variables: diabetes y depresión con la calidad de vida, se realizó un análisis multivariante. Los resultados muestran que la diabetes y la depresión en los hombres jóvenes se asociaron estadísticamente con la frustración del proyecto de vida y el abandono de actividades cotidianas, así como con la pérdida de las funciones. En las mujeres jóvenes y mayores y en los hombres mayores la diabetes no tuvo un efecto significativo en la calidad de vida, pero sí la depresión (asociada a la diabetes), especialmente en los hombres (cuadro 6). En ninguno de los casos se observó un efecto de interacción entre diabetes y depresión.

CUADRO 5
PÉRDIDA DE LAS FUNCIONES, POR EDAD Y SEXO

Pérdida de las funciones	Hombres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D	ND	χ^2 y valor de p	D	ND	χ^2 y valor de p
	N = 29 %	N = 19 %		N = 14 %	N = 11 %	
<i>Problemas para escuchar bien (sí/no)</i>	10.3	10.5	0.00 0.984	50	18.2	2.83 0.092
<i>Problemas para ver bien (sí/no)</i>	37.9	36.8	0.03 0.866	64.3	36.4	1.95 0.163
<i>Problemas para caminar (sí/no)</i>	13.8	23.6	1.04 0.308	42.9	27.3	0.66 0.417
Pérdida de las funciones	Mujeres					
	40 a 64 años			65 años o más		
	D	ND	χ^2 y valor de p	D	ND	χ^2 y valor de p
	N = 54 %	N = 63 %		N = 28 %	N = 24 %	
<i>Problemas para escuchar bien (sí/no)</i>	24.1	28.6	0.30 0.582	32.1	37.5	0.09 0.756
<i>Problemas para ver bien (sí/no)</i>	51.9	46	0.39 0.53	46.4	50	0.02 0.53
<i>Problemas para caminar (sí/no)</i>	25.9	28.6	0.10 0.749	46.4	66.7	1.8 0.181

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

En síntesis, se observó que la diabetes tuvo un efecto negativo en la calidad de vida directamente en los hombres jóvenes; mientras que la depresión lo tuvo en los cuatro subgrupos de edad y sexo analizados. Estos efectos fueron independientes para depresión y para diabetes.

Depresión, calidad de vida y seguimiento del tratamiento

¿Modifican la depresión y los distintos aspectos de la calidad de vida la probabilidad de seguir el tratamiento? Es evidente que la depresión

incrementa la probabilidad de abandono del tratamiento, lo que coincide con los reportes de otros estudios. Sin embargo, en este trabajo, la relación entre la depresión y el abandono del tratamiento fue significativa en hombres y mujeres diabéticos jóvenes; así, los hombres diabéticos deprimidos de 40 a 64 años de edad registraron 8.3 veces mayor probabilidad de abandonar el tratamiento respecto a los no deprimidos, mientras que las mujeres diabéticas jóvenes deprimidas tuvieron una probabilidad tres veces mayor respecto a las diabéticas no deprimidas. En los hombres y mujeres diabéticos de 65 años o más de edad, la depresión no registró una relación significativa con el abandono del tratamiento (cuadro 7).

CUADRO 6
ANÁLISIS MULTIVARIANTE ENTRE DIABETES, DEPRESIÓN
Y CALIDAD DE VIDA, POR SEXO Y EDAD

Variables de calidad de vida	Dificultad para ver		Dificultad para oír		Dificultad para caminar	
Fuente de variación	F	p	F	p	F	p
<i>Hombres de 40 a 64 años</i>						
Intersección	208.037	0.000	683.043	0.000	393.692	0.000
Diabetes	2.456	0.125	0.002	0.962	0.191	0.664
Depresión	2.66	0.11	3.576	0.066	3.796	0.058
Diabetes y depresión	2.66	0.11	0.002	0.962	2.405	0.128
<i>Hombres de 65 años o más</i>						
Intersección	173.926	0.000	271.121	0.000	270.179	0.000
Diabetes	0.792	0.393	0.249	0.623	0.391	0.538
Depresión	0.914	0.35	5.219	0.033	8.353	0.009
Diabetes y depresión	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<i>Mujeres de 40 a 64 años</i>						
Intersección	896.53	0.000	1478.715	0.000	1582.394	0.000
Diabetes	0.388	0.535	0.178	0.674	0.475	0.492
Depresión	18.799	0.000	5.349	0.023	21.264	0.000
Diabetes y depresión	0.01	0.92	0.178	0.674	0.827	0.365
<i>Mujeres de 65 años o más</i>						
Intersección	408.738	0.000	547.466	0.000	419.029	0.000
Diabetes	0.005	0.944	0.153	0.698	1.339	0.253
Depresión	1.505	0.226	1.261	0.267	7.096	0.011
Diabetes y depresión	0.226	0.637	1.261	0.267	0.389	0.536

Fuente: Ecpa 2006, Ecosur.

CUADRO 6
ANÁLISIS MULTIVARIANTE ENTRE DIABETES, DEPRESIÓN
Y CALIDAD DE VIDA, POR SEXO Y EDAD (CONTINUACIÓN)

Variables de calidad de vida	Frustración del proyecto de vida		Ha dejado de hacer cosas que antes hacía	
Fuente de variación	F	P	F	P
<i>Hombres de 40 a 64 años</i>				
Intersección	327.901	0.000	256.421	0.000
Diabetes	5.044	0.03	3.735	0.06
Depresión	0.315	0.577	4.878	0.033
Diabetes y depresión	1.596	0.213	2.306	0.136
<i>Hombres de 65 y más años</i>				
Intersección	204.987	0.000	171.906	0
Diabetes	0.461	0.504	2.057	0.166
Depresión	2.35	0.14	5.686	0.027
Diabetes y depresión	ns	ns	ns	ns
<i>Mujeres de 40 a 64 años</i>				
Intersección	1140.464	0.000	924.407	0.000
Diabetes	0.097	0.757	1.959	0.164
Depresión	8.963	0.003	3.686	0.057
Diabetes y depresión	0.018	0.893	7.127	0.009
<i>Mujeres de 65 años y más</i>				
Intersección	546.277	0.000	366.473	0.000
Diabetes	1.806	0.185	0.001	0.978
Depresión	0.952	0.334	0.801	0.375
Diabetes y depresión	0.032	0.859	0.054	0.817

Fuente: ECPA-2006, Ecosur.

Abandono del tratamiento							
Hombres				Mujeres			
40 a 64 años χ^2		65 años o más χ^2		40 a 64 años χ^2		65 años o más χ^2	
Variables de calidad de vida y depresión mayor	%	valor de p	%	valor de p	%	valor de p	%
<i>Depresión mayor</i>							
Sí	66.7	5.209	16.7	1.081	31.3	3.212	11.1
No	8.0	0.022	42.9	0.299	10.5	0.073	11.1
<i>Tenía la ilusión de hacer algo en la vida que ahora ya no puede hacer</i>							
Sí	10.0	0.245	25.0	0.734	23.5	0.730	28.6
No	25.0	0.621	50	0.392	13.9	0.393	9.5
<i>Ha dejado de hacer cosas que antes hacía</i>							
Sí	40.0	9.809	33.3	0.092	16.0	0.015	18.8
No	0.0	0.002	25.0	0.761	17.2	0.903	8.3
<i>Ha tenido que hacer cosas que no pensaba hacer</i>							
Sí	50.0	6.724	25.0	0.092	11.1	0.261	14.3
No	4.3	0.010	33.3	0.761	17.8	0.609	14.3

Discusión

Los resultados de este estudio orientan a la reflexión en por lo menos dos sentidos: el primero es el relativo al comportamiento diferencial de la diabetes y su relación con la depresión y la calidad de vida de acuerdo con la edad y el sexo, variable que aporta importantes evidencias en favor de una explicación psicosocial más que biológica de la relación diabetes-depresión-calidad de vida; el segundo es la explicación, desde la perspectiva de género, del por qué estas relaciones son diferentes en hombres y mujeres, y también en jóvenes y mayores.

La relación entre diabetes y depresión es diferente en hombres y en mujeres, y esta relación se modifica con la edad. Esto significa que, aunque la frecuencia de depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, la diabetes no incrementa la probabilidad de padecer depresión en las mujeres. Los hombres diabéticos, por su parte, especialmente los de mayor edad, tienen una frecuencia significativamente mayor de depresión en comparación con los no diabéticos, lo que indica que la diabetes mellitus tipo 2 sí se asocia con la depresión, aumentando su frecuencia.

El comportamiento diferenciado de la relación diabetes-depresión por edad y sexo apunta claramente en favor de la hipótesis de los determinantes psicosociales de la depresión en personas diabéticas; en particular, por lo que se refiere a la depresión y a la interrupción de las actividades cotidianas y el proyecto de vida. En hombres y mujeres, la diabetes mellitus tipo 2 tiene un efecto negativo más acentuado en esos aspectos que el que tienen otras enfermedades crónicas; lo que probablemente está relacionado más con la percepción e interpretación que hacen los enfermos de la diabetes, que con las consecuencias propiamente biológicas de la enfermedad. En ese sentido, la pérdida de las funciones no tuvo una relación significativa con la diabetes o con la depresión, aunque también se observaron diferencias por edad y sexo; por ejemplo, las dificultades para ver, oír o caminar se manifestaron con mayor frecuencia en los hombres diabéticos mayores.

El mayor efecto negativo de la diabetes sobre la calidad de vida se registró en los hombres y mujeres jóvenes, lo que puede ser explicado porque es en este grupo de edad en el que se establece el diagnóstico, la interrupción es más reciente y probablemente es percibida con mayor intensidad. En este grupo de edad también se encontró la asociación más importante entre depresión y abandono del tratamiento. La frecuencia de abandono del tratamiento por parte de los hombres diabéticos jóvenes deprimidos fue de 66.7 por ciento; es decir, aproximadamente siete de cada diez. En las

mujeres diabéticas jóvenes, el abandono del tratamiento se reportó en 31.3 por ciento; lo que representa tres de cada diez. Estos datos son alarmantes y podrían explicar la mayor pérdida de funciones reportadas por los hombres en edades mayores, así como su menor esperanza de vida.

Adicionalmente, la sintomatología depresiva se registró con mayor frecuencia en los hombres diabéticos de 65 años o más; uno de cada cinco reportó ideación suicida y en general se sienten más solos, tristes, desesperanzados y con menor autoestima, entre otros síntomas, respecto a los no diabéticos o con relación a las mujeres diabéticas. Estos síntomas afectan en promedio a la mitad de los hombres diabéticos y este hecho, por sí mismo, también podría contribuir a disminuir la esperanza de vida, ya que se ha sugerido que la depresión se asocia a la mortalidad temprana, especialmente en los hombres (Kaarin *et al.*, 2002: 884-886; Katon *et al.*, 2005: 2670-2671). Sin embargo, igualmente manifiesta, de manera indirecta, el efecto crónico de la disrupción en el proyecto de vida o en las actividades cotidianas ocasionadas por la diabetes.

Cabe señalar que se obtuvo información indirecta (comentarios espontáneos) de hombres diabéticos que mencionaron disfunción sexual asociada a la diabetes, lo cual también ha sido reportado en otros estudios (Saigal *et al.*, 2006: 209-210; Esposito *et al.*, 2005: 1201-1202). Por la naturaleza cualitativa de esa información no fue posible analizarla en este trabajo, pero es probable que sea un componente importante en la explicación de la depresión, particularmente en los hombres diabéticos. Al respecto, ha sido documentado que el incremento de la disfunción sexual se presenta en hombres y mujeres, pero tiene un significado colectivo e individual distinto en unos y otras (Lindau *et al.*, 2007: 764-768) y no necesariamente se asocia al envejecimiento, sino como en este caso, a la enfermedad, especialmente la diabetes mellitus (Lindau *et al.*, 2007: 769-772).

Desde la perspectiva de género, la pregunta que surge es ¿por qué la diabetes tiene mayor impacto negativo en los hombres? Las desigualdades asociadas al género adquieren especial importancia para entender la manera en que la diabetes impacta en la calidad de vida y cómo la edad modifica esta relación. El estereotipo de ser hombre, requiere de atributos basados en la fortaleza física y la independencia económica y familiar, los cuales son especialmente importantes en un contexto de marcada división sexual del trabajo y desventaja social de las mujeres. En ellos, la pérdida de funciones físicas y la disrupción de sus actividades cotidianas, particularmente el trabajo remunerado, resultan devastadores, dado que han sido construidos

socialmente para ejercer el poder con base en la fortaleza física, el control de sus actividades y poder ejercido sobre los miembros de la familia.

Aunque no se cuenta con información cualitativa que profundice en la representación de la enfermedad, siguiendo la propuesta de Bury (1982: 451-568) y la de Kelly y Field (1996: 247-249), las evidencias de este trabajo sugieren fuertemente que la diabetes genera en los hombres un conflicto en la identidad propia respecto a lo que socialmente se espera de ellos, con un fuerte impacto en la autoestima que contribuye a la génesis de la depresión y al abandono del tratamiento. El envejecimiento acentúa la pérdida de las funciones y el abandono o cambio de actividades cotidianas, debilitando su papel en el interior del hogar. Aunque los hombres tienen mayores ventajas sociales respecto a las mujeres, como mayor control y acceso a los recursos destinados a su salud y los cuidados proporcionados por su pareja, las demandas sociales les imponen metas que en la vejez o en la enfermedad no pueden cumplir. Esta situación los limita llevándolos a la frustración, pérdida de autoestima y pérdida del sentido de la vida (Charmaz, 1983: 168-170), lo que incrementa la probabilidad de irregularidad o abandono del tratamiento y las complicaciones asociadas.

Por otra parte, llama la atención que para las mujeres la diabetes tipo 2 no signifique incremento de la probabilidad de depresión ni una disrupción importante del proyecto de vida o de las actividades cotidianas respecto a las mujeres que cursan con otras enfermedades crónicas. Sobre esto pueden ser propuestas algunas explicaciones. Una de ellas es que las mujeres incluidas en este estudio enfrentan patrones tradicionales de división sexual del trabajo y el papel de madres y esposas es central en su proyecto de vida, el cual ya está parcial o totalmente logrado cuando la diabetes es diagnosticada. El abandono o cambio de actividades cotidianas significa para ellas con frecuencia una disminución de la carga del trabajo doméstico y, para algunas, el abandono de las actividades remuneradas. Esto, por una parte, disminuye parte de su sobrecarga de trabajo, pero por otra incrementa su dependencia económica, que fue uno de los elementos más frecuentemente reportados como negativos por parte de ellas, especialmente porque la diabetes les significa mayores gastos en salud. Debe recordarse que la mitad de las mujeres no cuentan con seguro médico y dependen casi en su totalidad de los apoyos proporcionados por hijos, hijas o esposo para cubrirlos. Conforme los hijos e hijas crecen y se incorporan a las actividades remuneradas, la presión económica para cubrir sus gastos disminuye. Esto no quiere decir que la diabetes no se asocie a la disrupción del proyecto de vida o las actividades cotidianas;

sino que los aspectos de vida afectados no son centrales en su identidad, autoestima y proyecto de vida. Es claro, como se mencionó previamente, que las mujeres diabéticas deprimidas también incrementan la probabilidad de abandono del tratamiento, pero esto se registra en menor proporción que la reportada para los hombres diabéticos deprimidos. Además, la severidad de la depresión es menor, e incluso la frecuencia de ideación suicida y de otros síntomas de depresión en las diabéticas son menores a los de las no diabéticas, sugiriendo la existencia de ‘ganancias secundarias’ a partir del diagnóstico de diabetes, especialmente la procuración de cuidado por hijos e hijas y la disminución de su carga de trabajo. Estas ganancias, desde luego, no se dan en todos los casos e incluso en una de cada diez se registró un incremento de la violencia por parte del esposo a partir de su diagnóstico, violencia asociada con la reacción masculina a la disminución de las actividades domésticas de la mujer que padece diabetes.

Las diferencias de género contribuyen a la explicación de las diferencias observadas entre hombres y mujeres en la relación diabetes-depresión-calidad de vida-envejecimiento y a la explicación de la menor sobrevivencia de los hombres diabéticos y confirman hallazgos en países desarrollados, recientemente reportados por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003: 2-4). Desde luego, el hecho de que las mujeres diabéticas sobrevivan más no significa una buena calidad de vida, sino solamente un menor impacto negativo de la diabetes tipo 2, paradójicamente asociado a su desventaja social de por vida.

La pobreza de la población afectada evidencia las limitadas expectativas de vida de la población, concentradas en la superación de la pobreza o en la mejoría material de sus condiciones de vida, la cual no se logró en la mayoría de los casos. En muy pocos casos se registraron expectativas diferentes, asociadas al desarrollo personal, como viajar y conocer otros lugares o aprender a bailar. Sin duda, este es un aspecto crítico de la reflexión sobre calidad de vida, salud y envejecimiento.

Finalmente debe destacarse que además de la condición de desventaja socioeconómica de la población en estudio, la cual se asocia a menores oportunidades de acceso al diagnóstico y al tratamiento, debe tomarse en cuenta que el impacto psicosocial de la enfermedad en los enfermos y enfermas contribuye de manera importante al abandono del tratamiento, lo que ha sido reportado recientemente (H.B. Lin, 2004: 2156-2157). Por ello, las acciones de atención deben incluir no solamente los tratamientos para la diabetes y la depresión (este último prácticamente nulo en el medio en que se realizó el estudio), sino el acceso oportuno a un tratamiento adecuado,

que considere, desde el enfoque de género, el significado de la enfermedad para hombres y mujeres, así como el impacto de la mayor edad, lo cual es crucial en una sociedad que tiende a envejecer rápidamente.

Bibliografía

ANDERSON, R. J., K. E. FREELAD, R. E. CLOUSE, y P. J. LUSTMAN, 2001, "The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes", en *Diabetes Care*, 24.

BIRD-CHLOE, E. y Patricia P. RIEKER, 1999, "Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health", en *Social Science & Medicine*, 4(6).

BURY, M., 1982, "Chronic illness as biographical disruption", en *Sociology of Health and Illness*, 4(2).

CHARMAZ, K., 1983, "Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill", en *Sociology of Health and Illness*, 5(2).

CONAPO, 2005, *El envejecimiento de la población en México*, en www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf, revisado el 1 de septiembre.

DE GROOT, M., A. M. JACOBSON, J. A. SAMSON, G. WELCH, 1999, "Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus", en *Journal Psychosom Res* 46.

ESPOSITO, K., F. GIUGLIANO, I. MARTED, G. FEOLA, R. MAFELLA, M. DARMINETO y D. GIUGLIANO, 2005, "High proportions of erectile dysfunction in men with the metabolic syndrome", en *Diabetes Care* 28(5).

FAO/WHO, 2003, *Diet nutrition and the prevention of chronic diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO, en Technical Report Series, núm. 916, en www.fao.org/waindocs/who/ac911s/ac911s00.htm, revisado el 1 de septiembre.

FMD, 2008, *Estadísticas en México*, Federación Mexicana de Diabetes, A.C., en www.fmdiabetes.org, revisado el 1 de septiembre.

INSTITUTO NACIONAL PARA EL FEDERALISMO Y EL DESARROLLO MUNICIPAL, 2005, *Enciclopedia de los municipios de México, Estado de Chiapas*, Gobierno del Estado de Chiapas, en www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/municipios/07101a.htm, Tuxtla Gutiérrez.

KAARIN, J. A. y M. A. LUSZCZ, 2002, "Mortality risk varies according to gender and change in depressive status in very old adults" en *Psychosomatic Medicine*.

KATON, W. J., C. RUTTER, G. SIMON, E. H. B. LIN, LUDMAN, E. CIECHANOWSKI, L. KINDER, B. YOUNG, M. VON-KORFF, 2005, "The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes", en *Diabetes Care*, 28.

KELLY, M. P. y D. FIELD, 1996, "Medical sociology, chronic illness and the body", en *Sociology of Health and Illness*, 8(2).

- LIN, H. B. E., W. KATON, M. VON-KORFF, C. RUTTER, E. G. SIMON, M. OLIVER, P. CIECHANOWSKI, E. J. LUDMAN y T. B. BUSH YOUNG, 2004, "Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care", en *Diabetes Care*, 27.
- LINDAU, S. T., L. P. SCHUMM, E. O. LAUMANN, W. LEVINSON, O'MUIRCHARTAIGH, L. J. WAITE, 2007, "A study of sexuality and health among older adults in the United States", en *The New England Journal of Medicine*, 357.
- LUSTMAN, P. J., L. S. GRIFFITH, R. E. CLOUSE, K. E. FREELAND, S. A. EISEN, E. H. RUBIN, R. M. CARNEY y J. B. MCGILI, 1997, "Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial", en *Psychosomatic Medicine*, 59.
- NETTELBLADT, P., L. HANSSON, C. G. STEFANSSON, L. BORGQUIST y G. NORDSTRÖM, 1993, "Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion", en *Soc Psychiatry and psychiatric Epidemiol*, 28(3).
- RAJALA, U., S. KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, y S. L. KIVELÄ, 1997 "Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged finish population", en *Soc Psychiatry and psychiatric Epidemiol*, 32.
- RYAN, J., B. A. ANDERSON, K. E. FREEDLAND, R. E. CLOUSE y P. J. LUSTMAN, 2001, "The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. a meta-analysis", en *Diabetes Care*, 24.
- SAIGAL, C. S., H. WESSLLS, J. PACE, M. SCHONLAU y T. J. WILT, 2006, "Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population", en *Arch Intern Med.*, 166.
- TALBOT, F., A. NOUWEN, 2000, "A Review of the relationship between depression and diabetes in adults. Is there a link?", en *Diabetes Care*, 23.
- WHO, 2003, *Gender, health and ageing. gender y health*, en www.who.int/gender/documents/en/Gender_Aging.pdf, 1-4, revisado el 1 de septiembre de 2008.

Austreberta NAZAR BEUTELSPACHER

Médica cirujana por la Universidad Autónoma de Chiapas, maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, y doctora en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados. Actualmente es directora del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, del Sistema Estatal de Investigadores (Chiapas), de la Academia Mexicana de Ciencias, y premio Reconocimiento al Mérito Estatal de Investigación Científica (Chiapas). Una de sus publicaciones más destacadas es: *Does contraception benefit women? Structure, Agency*

and well-being in rural México (en coautoría con Emma Zapata Martelo y Verónica Vázquez García).

Correo electrónico: anazar@ecosur.mx

Benito SALVATIERRA IZABA

Estudió Doctorado en Estudios del Desarrollo Rural. Es investigador en El Colegio de la Frontera Sur. Publicaciones recientes: A. Nazar, I. Salvatierra, J. Sánchez y R. Mariaca, 2010, “Desigualdad Social y crisis financiera”, en *Ecofronteras*, 38; T. Lerner, R. Mariaca, B. Salvatierra, A. González y E. Wahl, 2009, “Aporte de alimentos del huerto familiar a la economía campesina Ch’ol, Suclumpá, Chiapas, México”, en *Etnobiología*, 7; J. Nahed, J. Calderón, R. Aguilar, B. Sánchez, J. L. Ruiz, Y. Mena, M. Castel, A. Ruiz, G. Jiménez, J. López, G. Sánchez y B. Salvatierra, 2009; y *Aproximación de los sistemas agrosilvopastoriles de tres microrregiones de Chiapas, México, al modelo de producción orgánica*, en *Avances en Investigación Agropecuaria*, 13(1), entre otras.

Correo electrónico: bsalvati@ecosur.mx.