

¿Por qué los hombres diabéticos mueren más tempranamente que las mujeres diabéticas? un estudio sobre envejecimiento y calidad de vida desde la perspectiva de género ¹

Austreberta Nazar Beutelspacher²

Benito Salvatierra Izaba³

Resumen

En los últimos años ha habido un creciente interés por la calidad de vida y la salud de la población adulta mayor asociado al envejecimiento de la población. Se sabe que los hombres con diabetes mellitus tipo 2 mueren en promedio tres años antes que las mujeres diabéticas. Una de las explicaciones es la presencia de co-morbilidad, particularmente de depresión clínica asociada a la diabetes. En este trabajo, realizado en el contexto urbano de la capital del estado de Chiapas, 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, en hombres y mujeres, y de acuerdo a la edad, 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.

¹ “Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.”

² Investigadora Titular, Área Académica Sociedad, Cultura y Salud, El Colegio de la Frontera Sur, Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. C.P. 29290. anazar@ecosur.mx

³ Investigador Titular, Área Académica Sociedad, Cultura y Salud, El Colegio de la Frontera Sur, Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. C.P. 29290. bsalvati@ecosur.mx

Introducción

En la última 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 debidas, por una parte, al proceso de transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida y, por otra, a un aumento en el riesgo en adultos asociado a cambios en los hábitos de alimentación, sedentarismo y obesidad, entre otros. 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 crónico 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% en el año 2000, a 12.5% en 2020 y a 28.0% 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)⁴.

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 and Rieker (1999:745-755), han sugerido que es necesario revisar las ventajas y desventajas sociales –de género- que enfrentan hombres y mujeres.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, así como de otras enfermedades crónicas, tanto en la investigación como en las acciones médicas se ha dado mayor peso a los aspectos biológicos respecto a los procesos sociales. Estos últimos, han sido, sin embargo, recientemente reconsiderados en el análisis de la co-morbilidad 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 la asociación entre diabetes tipo 2 y depresión clínica, relación que es hasta tres veces más frecuente respecto a la población general (Anderson et al., 2001:1070) y que 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

⁴ Estimaciones propias con base en registros de INEGI, Base de datos de Mortalidad 1998-2003.

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 debido 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. Tuxtla Gutiérrez, capital del estado de Chiapas contaba para el año 2005, con 505,320 habitantes en una extensión territorial de 412.40 km². La mayor parte de su población es urbana (99.6%) 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% 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% ($z=1.96$); precisión de 0.15; prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 20 años y más de 0.08 (8.0%). 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 a 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 crónica degenerativa diagnosticada se les invitó a responder un *cuestionario individual* garantizándoles la confidencialidad de la información. En éste 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 (Nettelbladt 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, se retomaron dos que 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 2602 familias en las se identificaron 709 hombres y 929 mujeres de 40 años y más. La prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada en ellos(as) fue de 15.0% de los hombres y 12.2% de las mujeres⁵.

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 (6 hombres y 8 mujeres), problemas renales (5 hombres y 9 mujeres) y cáncer (1 hombre y 2 mujeres). Estos grupos no difieren entre sí en cuanto a estado civil, edad, escolaridad o trabajo remunerado (cuadro 1).

Cuadro 1. Características socioeconómicas de personas diabéticas y no diabéticas de 40 años y más de edad por sexo incluidos en el estudio.

Características de la población en estudio	Hombres		Mujeres	
	Diabéticos n=42 %	No diabéticos n=30 %	Diabéticas n=82 %	No diabéticas n=87 %
Estado civil				
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
X² y valor de p	1.922; 0.750		2.005; 0.848	
Edad				
40 a 64	67,4	63,3	65,9	72,4
65 y más	32,6	36,7	34,1	27,6
X² y valor de p	0.132; 0.716		0.853; 0.356	
Escolaridad				
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
X² y valor de p	4.110; 0.250 (3gl)		1.495; 0.683 (3gl)	
Trabajo remunerado (sí/no)	67,4	63,3	19,5	20,7
X² y valor de p	0.778; 0.678		0.036; 0.849	
Pertenencia a un programa de protección a la salud (seguridad social) (sí/no)	46,5	53,3	50,6	51,7
X² y valor de p	0.329; 0.566		0.021; 0.886	
Le aseguraron después de que fue diagnosticado (sí/no)	16,7	13,3	31,7	31,8
X² y valor de p	0.071; 0.790		0.000; 1.000	
Por parte de quién está asegurado(a)				
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
X² y valor de p	4.862; 0.433 (4gl)		6.069; 0.532 (4gl)	

Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

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(as) y no diabéticos(as), no cuentan con escolaridad alguna o con solamente algún grado de educación primaria. Asimismo, una tercera parte de los hombres y aproximadamente 80.0% de las mujeres, diabéticos(as) y no diabéticos(as), no cuenta con alguna actividad remunerada y aproximadamente la mitad de hombres y mujeres reportó contar con algún programa de protección social en salud (cuadro 1). Casi en la totalidad de las mujeres aseguradas, este seguro provino de la cobertura del trabajo por parte de hijos(as) o cónyuge; y

⁵ 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.

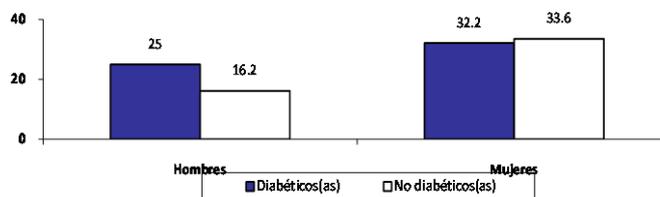
aproximadamente un tercio de las mujeres que cuentan con seguro médico fueron aseguradas después de que se les realizó el diagnóstico de la enfermedad crónica. La desventaja social de las mujeres diabéticas y no diabéticas, es evidente.

Depresión y diabetes

Frecuencia de depresión clínica por edad y sexo

La frecuencia de depresión clínica fue mayor en las mujeres (32.2%) que en los hombres diabéticos (25.0%), sin diferencias significativas ($p=0.261$) (figura 2), lo que coincide con lo reportado por Ryan y colaboradores (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 (figura 1).

Figura 1. Frecuencia de depresión clínica en personas diabéticas y no diabéticas de 40 años y más de edad, por sexo.



Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

Hombres vs. mujeres diabéticos: $X^2= 1.265$; $p=0.261$.

Hombres vs. mujeres no diabéticos: $X^2= 7.727$; $p=0.005$.

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, aquellos mayores de 64 años tienen la probabilidad más elevada de depresión con una frecuencia de 42.9%, lo que contrasta con los hombres diabéticos jóvenes (10.7%) ($p=0.020$) (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 y más n/(%)	X ² y valor de p (40-64 vs 65 y más)
Hombres			
Diabéticos	28 (10.7)	14 (42.9)	5.455; 0.020
No diabéticos	18 (16.7)	11 (0.0)	3.070; 0.080
X ² y valor de p (Diabéticos vs. No diabéticos)	0.335; 0.563	8.433; 0.004	
Mujeres			
Diabéticas	54 (29.6)	27 (33.3)	1.115; 0.735
No diabéticas	63 (31.7)	24 (45.8)	1.475; 0.225
X ² y valor de p (Diabéticos vs. No diabéticos)	0.061; 0.805	0.834; 0.361	

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 4 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 ni con la mayor edad ($p=0.735$) ni con la diabetes, en jóvenes ($p=0.805$) o en adultas mayores ($p=0.361$) (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.

Gravedad de la sintomatología depresiva en hombres y mujeres según edad

La depresión es más severa en los hombres diabéticos, pero en los de mayor edad (65 y más años), ya que registran significativamente mayor frecuencia de sensación de soledad (50.0%), tristeza (57.1%), desinterés (35.7%), dificultad para dormir (42.9%), falta de energía (57.1%), preocupación excesiva (71.4%), desesperanza (35.7%) y llanto fácil (57.1%), así como pérdida de la autoestima (28.6%), 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.

Sintomatología depresiva (últimos 15 días)	Hombres						Mujeres					
	40 a 64 años			65 años y más			40 a 64 años			65 años y más		
	D n=29 %	ND n=19 %	X ² y valor de p	D n=14 %	ND n=11 %	X ² y valor de p	D n=54 %	ND n=63 %	X ² y valor de p	D n=28 %	ND n=24 %	X ² y valor de p
Se siente solo(a)	6,9	0	2,07; 0,150	50	0,0	10,24; 0,001	42,6	46	0,14; 0,709	39,3	58,3	10,24; 0,001
Se siente triste (sí/no)	13,8	10,5	0,11; 0,736	57,1	9,1	6,85; 0,009	63	55,6	0,66; 0,416	42,9	62,5	2,01; 0,156
Ha tenido ideas de quitarse la vida (sí/no)	10,3	10,5	0,00; 0,984	21,4	0,0	3,78; 0,051	9,3	7,9	0,07; 0,799	7,1	20,8	2,11; 0,146
Se siente menos que los demás (sí/no)	6,9	10,5	0,19; 0,660	28,6	0,0	5,23; 0,022	22,2	23,8	0,04; 0,839	25	33,3	0,44; 0,509
Ha tenido poco apetito (sí/no)	20,7	0,0	6,60; 0,010	35,7	9,1	2,60; 0,107	11,1	14,3	1,54; 0,462	21,4	20,8	0,00; 0,958
Ha tenido dificultad para dormir o despierta continuamente (sí/no)	10,3	15,8	0,31; 0,581	42,9	9,1	3,82; 0,051	38,9	46	0,61; 0,436	17,9	54,2	7,70; 0,006
Se ha sentido con falta de energía, lento(a) (sí/no)	27,6	36,8	0,45; 0,500	57,1	18,2	4,10; 0,043	46,3	60,3	2,31; 0,129	46,4	54,2	0,31; 0,578
Se culpa por las cosas que pasan (sí/no)	20,7	21,1	0,00; 0,976	35,7	9,1	2,60; 0,107	27,8	33,3	0,42; 0,516	21,4	37,5	1,63; 0,202
Llora fácilmente (sí/no)	13,8	42,1	4,85; 0,028	57,1	9,1	6,85; 0,009	59,3	66,7	0,67; 0,408	39,3	66,7	3,94; 0,047
Ha sentido que no tiene esperanzas para el futuro (sí/no)	10,3	15,8	0,31; 0,581	35,7	0,0	6,77; 0,009	31,5	28,6	0,12; 0,732	28,6	37,5	0,47; 0,494
Se preocupa mucho por todo (sí/no)	41,4	42,1	0,00; 0,960	71,4	27,3	4,98; 0,026	63	61,9	0,01; 0,906	57,1	66,7	0,49; 0,481
No se interesa en nada (sí/no)	10,3	5,3	0,41; 0,522	35,7	0,0	6,77; 0,009	14,8	17,5	0,15; 0,698	32,1	20,8	0,85; 0,356
Siente que todo es un esfuerzo (sí/no)	6,9	15,8	0,95; 0,330	35,7	0,0	6,77; 0,009	35,2	36,5	0,02; 0,882	32,1	37,5	0,16; 0,686

Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

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

* 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 al 40.0%

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

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 dos 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.

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 disrupción⁶ que ocasiona la enfermedad y que es incrementada con la edad (cuadro 4). Los hombres diabéticos de 65 años y más tienen una frecuencia significativamente más alta de frustración que las mujeres diabéticas del mismo grupo de edad (p=0.025).

Cuadro 4. Disrupción del proyecto de vida y actividades cotidianas en personas diabéticas y no diabéticas, por edad y sexo.

Disrupción	Hombres						Mujeres					
	40 a 64 años			65 años y más			40 a 64 años			65 años y más		
	D n=29 %	ND n=19 %	X ² y valor de p	D n=14 %	ND n=11 %	X ² y valor de p	D n=54 %	ND n=63 %	X ² y valor de p	D n=28 %	ND n=24 %	X ² y valor de p
Frustración del proyecto de vida												
Tenia 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	31,5	36,5	0,25; 0,616	25	45,8	2,49; 0,115
Cambio en las actividades cotidianas												
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	16,7	30,2	2,97; 0,085	25	12,5	1,34; 0,247
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	46,3	49,2	0,10; 0,753	57,1	58,3	0,01; 0,931

Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

Frustración del proyecto de vida

Hombres diabéticos vs. Mujeres diabéticas de 40 a 64 años: X²= 0.11; p= 0.742

Hombres diabéticos vs. Mujeres diabéticas de 65 y más años: X²= 5.036; p= 0.025

La disrupción del proyecto de vida en los hombres se relacionó principalmente con la capacidad para trabajar, estudiar para mejorar sus ingresos y, mejorar su vivienda (77.7% en los jóvenes y 100.0% 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%); en las mayores con el trabajo remunerado para evitar la dependencia y pagar los gastos de su enfermedad (71.4%). 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 el 60.0% en los jóvenes y 100.0% en los mayores. Por otra parte, 52.0% de las mujeres jóvenes dejaron de hacer los quehaceres domésticos y 32.0% abandonó el trabajo remunerado; mientras que 75.4% de las mujeres mayores dejó de hacer los quehaceres domésticos y 14.3% cambió de actividad remunerada para realizarla en casa.

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 (50.0%), que fue 2.7 mayor a la de los hombres no diabéticos del mismo grupo de edad (18.2%) y 1.6 veces mayor a la de

⁶ 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.

las mujeres diabéticas de 65 años y más (32.1%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (cuadro 5).

Cuadro 5. Pérdida de las funciones, por edad y sexo.

Pérdida de las funciones	Hombres						Mujeres					
	40 a 64 años			65 años y más			40 a 64 años			65 años y más		
	D n=29 %	ND n=19 %	X ² y valor de p	D n=14 %	ND n=11 %	X ² y valor de p	D n=54 %	ND n=63 %	X ² y valor de p	D n=28 %	ND n=24 %	X ² y valor de p
Problemas para escuchar bien (sí/no)	10,3	10,5	0,00; 0,984	50	18,2	2,83; 0,092	24,1	28,6	0,30; 0,582	32,1	37,5	0,09; 0,756
Problemas para ver bien (sí/no)	37,9	36,8	0,03; 0,866	64,3	36,4	1,95; 0,163	51,9	46	0,39; 0,53	46,4	50	0,02; 0,53
Problemas para caminar (sí/no)	13,8	23,6	1,04; 0,308	42,9	27,3	0,66; 0,417	25,9	28,6	0,10; 0,749	46,4	66,7	1,80; 0,181

Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

Para evaluar las relaciones múltiples entre las variables: diabetes y depresión con la calidad de vida, se realizó 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 6. Análisis multivariante entre diabetes, depresión y calidad de vida, por sexo y edad.

Variables de calidad de vida	Frustración del proyecto de vida		Ha dejado de hacer cosas que antes hacía		Dificultad para ver		Dificultad para oír		Dificultad para caminar	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Fuente de variación	Hombres de 40 a 64 años									
Intersección	327,901	0,000	256,421	0,000	208,037	0,000	683,043	0,000	393,692	0,000
Diabetes	5,044	0,03	3,735	0,06	2,456	0,125	0,002	0,962	0,191	0,664
Depresión	0,315	0,577	4,878	0,033	2,66	0,11	3,576	0,066	3,796	0,058
Diabetes y depresión	1,596	0,213	2,306	0,136	2,66	0,11	0,002	0,962	2,405	0,128
	Hombres de 65 y más años									
Intersección	204,987	0,000	171,906	0	173,926	0,000	271,121	0,000	270,179	0,000
Diabetes	0,461	0,504	2,057	0,166	0,792	0,393	0,249	0,623	0,391	0,538
Depresión	2,35	0,14	5,686	0,027	0,914	0,35	5,219	0,033	8,353	0,009
Diabetes y depresión	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	Mujeres de 40 a 64 años									
Intersección	1140,464	0,000	924,407	0,000	896,53	0,000	1478,715	0,000	1582,394	0,000
Diabetes	0,097	0,757	1,959	0,164	0,388	0,535	0,178	0,674	0,475	0,492
Depresión	8,963	0,003	3,686	0,057	18,799	0,000	5,349	0,023	21,264	0,000
Diabetes y depresión	0,018	0,893	7,127	0,009	0,01	0,92	0,178	0,674	0,827	0,365
	Mujeres de 65 años y más									
Intersección	546,277	0,000	366,473	0,000	408,738	0,000	547,466	0,000	419,029	0,000
Diabetes	1,806	0,185	0,001	0,978	0,005	0,944	0,153	0,698	1,339	0,253
Depresión	0,952	0,334	0,801	0,375	1,505	0,226	1,261	0,267	7,096	0,011
Diabetes y depresión	0,032	0,859	0,054	0,817	0,226	0,637	1,261	0,267	0,389	0,536

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(as) 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 y más años de edad, la depresión no registró una relación significativa con el abandono del tratamiento (cuadro 7).

Cuadro 7. Frecuencia de abandono del tratamiento (último año) en personas diabéticas según la presencia o no de depresión y variables de calidad de vida, por grupos de edad y sexo.

Variables de calidad de vida y depresión mayor	Abandono del tratamiento							
	Hombres				Mujeres			
	40 a 64 años		65 años y más		40 a 64 años		65 años y más	
	%	X ² valor de p	%	X ² valor de p	%	X ² valor de p	%	X ² valor de p
Depresión mayor								
Sí	66,7	5.209;	16,7	1.081;	31,3	3.212;	11,1	0.000;
No	8,0	0,022	42,9	0,299	10,5	0,073	11,1	1,000
Tenía la ilusión de hacer algo en la vida que ahora ya no puede hacer								
Sí	10,0	0,245;	25,0	0,734;	23,5	0,730;	28,6	1,382;
No	25,0	0,621	50	0,392	13,9	0,393	9,5	0,24
Ha dejado de hacer cosas que antes hacía								
Sí	40,0	9,809;	33,3	0,092;	16,0	0,015;	18,8	0,640;
No	0,0	0,002	25,0	0,761	17,2	0,903	8,3	0,424
Ha tenido que hacer cosas que no pensaba hacer								
Sí	50,0	6,724;	25,0	0,092;	11,1	0,261;	14,3	0,000;
No	4,3	0,010	33,3	0,761	17,8	0,609	14,3	1,000

Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

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 sexo, mismo que aporta importantes evidencias a 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 a favor de la hipótesis de los determinantes psicosociales de la depresión en personas diabéticas; en particular en 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 cuando 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%; es decir, aproximadamente siete de cada diez. En las mujeres diabéticas jóvenes el abandono del tratamiento se reportó en 31.3%; 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 y 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 interrupción en el proyecto de vida o en las actividades cotidianas ocasionada 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 en 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 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 interrupción 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 interrupción 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, en cual ya está parcial o totalmente logrado cuando la diabetes es diagnosticada. El abandono o cambio de actividades cotidianas, con frecuencia significa para ellas 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 interrupción del proyecto de vida o las actividades cotidianas; sino que los aspectos de vida afectados no son centrales a 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 la 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, asociada a la disminución de sus actividades domésticas.

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 en la mayoría de los casos, no se logró. En muy pocos casos se registraron expectativas diferentes, asociadas al desarrollo personal como el 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 el tratamiento de la diabetes y de la depresión (que en el medio en que se realizó el estudio, es prácticamente nulo), 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 citada

- Enciclopedia de los municipios de México. Estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez.* 2005. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Chiapas. Disponible en URL www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/municipios/07101a.htm. [Consultado el 11 de Septiembre de 2008].
- Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ. 2001. “The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes”. *Diabetes Care*, 24: 1069-1078.
- Bird Chloe E. and Rieker Patricia P. 1999. “Gender matters: an integrated model for understanding men’s and women’s health”. *Social Science & Medicine*, 4(6):745-755.
- Bury M. 1982. “Chronic illness as biographical disruption”. *Sociology of Health and Illness*, 4(2):451-468.
- Charmaz K. 1983. “Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill”. *Sociology of Health and Illness*, 5(2): 168-195.
- CONAPO. 2005. *El envejecimiento de la población en México*. Disponible en URL www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf [Consultado el 11 de Septiembre de 2008].

- De Groot M, Jacobson AM, Samson JA, Welch G. 1999. "Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus". *J Psychosom Res* 46: 425–435.
- Esposito K, Giugliano F, Marted I, Feola G, Mafella R, Darmineto M, Giugliano D. 2005. "High Proportions of Erectile Dysfunction in Men With the Metabolic Syndrome". *Diabetes Care* 28(5): 1201-1203.
- FAO/WHO. 2003. Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO, Technical Report Series, Num. 916. En: www.fao.org/waindocs/who/ac911s/ac911s00.htm [Consultado el 1 de Septiembre de 2008].
- FMD (Federación Mexicana de Diabetes, A.C.). 2008. *Estadísticas en México*. Disponible en URL www.fmdiabetes.org . [Consultado el 1 de Septiembre de 2008].
- H.B. Lin E, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon EG, Oliver M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Bush T, Young B. 2004. "Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care". *Diabetes Care* 27:2154–2160.
- Kaarin JA and Luszcz MA. 2002. "Mortality Risk Varies According to Gender and Change in Depressive Status in Very Old Adults". *Psychosomatic Medicine*, 64:880-888.
- Katon WJ, Rutter C, Simon G, H.B.Lin E, Ludman E, Ciechanowski, Kinder L, Young B, Von Korff M. 2005. "The Association of Comorbid Depression With Mortality in Patients With Type 2 Diabetes". *Diabetes Care* 28:2668–2672.
- Kelly MP and Field D. 1996. "Medical sociology, chronic illness and the body". *Sociology of Health and Illness*, 8(2): 241-257.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh, Waite LJ. 2007. "A study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States". *The New England Journal of Medicine* 357: 762-774.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freeland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM y McGill JB. 1997. "Effects of Nortriptyline on Depression and Glycemic Control in Diabetes: Results of a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial". *Psychosomatic Medicine* 59:241-250.
- Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson C-G, Borgquist L and Nordström G. 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". *Soc Psychiatry and psychiatric Epidemiol* 28(3):130-133.
- Rajala U, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kivelä S-L. 1997. "Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged Finish population". *Soc Psychiatry and psychiatric Epidemiol* 32:363–367.
- Ryan J, Anderson BA, Freedland KE, Clouse RE and Lustman PJ. 2001. "The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. A meta-analysis". *Diabetes Care* 24:1069-1078.
- Saigal CS, Wesslls H, Pace J, Schonlau M, Wilt TJ. 2006. "Predictors and Prevalence of Erectile Dysfunction in a Racially Diverse Population". *Arch Intern Med*. 166:207-212.
- Talbot F, Nouwen A. 2000. "A Review of the Relationship Between Depression and Diabetes in Adults. Is there a link?" *Diabetes Care* 23:1556–1562.

WHO, 2003. *Gender, Health and Ageing. Gender and Health*. Disponible en URL: www.who.int/gender/documents/en/Gender_Aging.pdf 1-4, [Consultado el 11 de Septiembre de 2008].