

DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS: UN ENFOQUE SISTÉMICO

Juan Pablo Heredia⁽¹⁾ y Bismarck Pinto

Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

La diabetes *mellitus* es una enfermedad endócrina y metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina pancreática o la producción de insulina no efectiva, hecho de dificulta y entorpece la correcta asimilación celular de la glucosa, provocando así una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglicemia (Páez y Robles, 2000).

Existen dos tipos principales de diabetes *mellitus*: la primaria y la secundaria. Dentro de la primaria están la diabetes tipo I la cual se manifiesta en la niñez y los primeros años de la adolescencia y donde el páncreas del paciente no produce insulina en lo absoluto. Estos pacientes son insulino dependientes por lo que deberá inyectarse insulina una o más veces al día para vivir (Gagliardino, 1997).

La diabetes tipo II aparece recién alrededor de los treinta años y se diferencia de la diabetes tipo I en que la alteración en este caso está relacionada mas bien con los receptores celulares de glucosa que es llamada también resistencia a la insulina. Por esto este tipo de diabetes está asociada generalmente a la obesidad y al sedentarismo (Gagliardino, 1997, Mendizabal, 2006).

A diferencia de las anteriores dos, la deficiencia de insulina en la diabetes *mellitus* secundaria se debe a una lesión del páncreas que puede ser de tipo traumática, quirúrgica, tóxica, etc. (Mendizábal, 2006).

¹ juanpa2012@yahoo.com

Existe también otro tipo de diabetes que se denomina gestacional. Se caracteriza por un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono que se presenta en el embarazo. (op.cit).

Entonces entendemos que la diabetes puede tener dos posibles orígenes, el biológico relacionado al los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen mas bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria. (Gagliardino, 1997).

Esta mal función provoca signos físicos como ser cansancio, agotamiento falta de energía o sensación de sueño durante el día, sed excesiva, lo cual tiene un efecto en la frecuencia de la micción, visión borrosa, entumecimiento de miembros, dificultad para tener erecciones en los varones y baja en el deseo sexual en las mujeres (op. cit).

Las complicaciones en la diabetes se presentan cuando se mantienen por mucho tiempo niveles altos de glicemia lo cual produce lesiones en los vasos sanguíneos más finos. Estas lesiones causan daños irreversibles en la retina (retinopatía), disminución en la función renal o pérdida de la misma (nefropatía), deterioro en terminaciones nerviosas (neuropatía), que son las afecciones más graves en la Diabetes y que pueden conducir a la pérdida de la vista, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad en extremidades llegando a tener que recurrir a la amputación del miembro (op. cit)

La diabetes es una enfermedad crónica de alta prevalencia mundial y que su incidencia se encuentra en aumento. Se estima que la prevalencia mundial de la diabetes en el año 2000 fue de 2.8% y se espera que para el 2030 esta se duplique (Dávila y Jiménez, 2005).

Al igual que en el caso de la prevalencia mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha proyectado que para el 2025 esta cifra se duplicará en America Latina y el Caribe. Un artículo publicado sobre la diabetes por Campero en 1997, indica que la Federación Boliviana de Diabetes ha declarado que un 12.5% de la población está afectada y otro 12% corre serios riesgos de padecerla (Mendizábal, 2006).

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben

informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición (Dávila y Jiménez, 2005).

Este impacto está relacionado también con las implicaciones directas e indirectas que conllevan la enfermedad, las directas incluyen los síntomas mencionados al principio y las posibles complicaciones que podría sufrir el paciente y las implicaciones indirectas o secundarias de la enfermedad como ser el estrés que produce el auto cuidado, la frustración que ocurre ante algún fracaso en el mismo, la interferencia del auto cuidado en la vida cotidiana, las restricciones alimenticias y la tendencia a deprimirse (op.cit).

Por esto, una de las necesidades principales del enfermo crónico y una de las principales tareas del psicólogo clínico es el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia (Mendizábal 2006).

Estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez (2003) de la Universidad Autónoma de México, han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.

También se encontró un estudio de Pineda, Bermudez y Cano (2004) hecho en Santiago de Chile sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2 el cual confirma la comorbilidad entre la depresión y la diabetes *mellitus* tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes.

La Depresión

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes (Linares, 2000).

Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno (op cit).

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones (op cit).

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas (op. cit).

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (Decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades :CIE-10).

Este es el origen de la depresión que es de interés para esta investigación ya que se sabe que la depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que entre el 20 y 25% de los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV).

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por si misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes *mellitus*, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica (Orland 1999 en Mendizábal 2006), hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse (Gagliardino, 1997).

La enfermedad en la familia

La experiencia en el ámbito de la clínica ha impulsado a los investigadores a buscar la relación y el efecto del enfoque sistémico dentro de la medicina. La conclusión más importante de esta reflexión es un tanto obvia pero sumamente importante. La enfermedad no solo afecta al paciente sino a todo su círculo más cercano. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o mas importante que la enfermedad en si que es la familia del enfermo. (Navarro, 2004).

Esto porque la familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida. De aquí que se sabe que la rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece mucho con la presencia y la participación de una pareja sobre todo, o de los hijos durante el ciclo de la enfermedad. (op. cit).

El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre si. (op. cit.)

Intentar abordar la enfermedad desde varios flancos permite un mejor control sobre la enfermedad y una rehabilitación social importante por lo que el equipo de médicos, la pareja, el terapeuta, grupos de apoyo e instituciones de apoyo favorecen mucho la experiencia del paciente ante la enfermedad. (Rolland, 2000).

En muchos casos la presencia de una enfermedad grave no provoca la aparición de trastornos psicológicos, entonces no siempre es necesaria la intervención directa de un profesional de la salud mental, pero por otra parte se ha visto que la privación social en enfermos crónicos se correlaciona a la larga con la aparición de trastornos mentales. (Navarro, 2004). Es en estos casos donde se debe reforzar la rehabilitación del paciente a través de los grupos de apoyo, instituciones e intervención terapéutica. Se sabe que muchos de los pacientes con enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, las que obviamente demandan tratamiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento médico (Oblitas, 2006).

El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre sí. (op. cit.)

Intentar abordar la enfermedad desde varios flancos permite un mejor control sobre la enfermedad y una rehabilitación social importante por lo que el equipo de médicos, la pareja, el terapeuta, grupos de apoyo e instituciones de apoyo favorecen mucho la experiencia del paciente ante la enfermedad. (Rolland, 2000).

En muchos casos la presencia de una enfermedad grave no provoca la aparición de trastornos psicológicos, entonces no siempre es necesaria la intervención directa de un profesional de la salud mental, pero por otra parte se ha visto que la privación social en enfermos crónicos se correlaciona a la larga con la aparición de trastornos mentales. (Navarro, 2004). Es en estos casos donde se debe reforzar la rehabilitación del paciente a través de los grupos de apoyo, instituciones e intervención terapéutica. Se sabe que muchos de los pacientes con enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, las que obviamente demandan tratamiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento médico (Oblitas, 2006).

La intervención terapéutica busca en primera instancia dar información a la familia, no solo dar sino llenar a la familia y al paciente de toda la información posible acerca de la enfermedad, los tratamientos, experiencias de otras familias con la enfermedad, especialistas recomendados, etc. De esta forma la familia forma una red de apoyo intangible que es el conocimiento, este da a la familia seguridad para manejarse frente a crisis o eventos especiales durante la enfermedad. (Navarro, 2004).

Otro objetivo de la intervención terapéutica familiar sería el romper con patrones de comportamiento del grupo familiar que se consideren desadaptativos o que entorpezcan el proceso de rehabilitación psicosocial. De esta forma igualmente se ayudara a la familia a reaccionar de mejor forma ante la crisis o a enfrentar las etapas de la enfermedad de manera más óptima. (op. cit.).

Una cuestión importante para el proceso terapéutico será la construcción o la reconstrucción de la imagen de la familia ya que esta ha sido alterada por la aparición de la enfermedad. Esto a su vez demandará el desarrollo y fortalecimiento de de habilidades de resolución, para sobrellevar crisis, dificultades del tratamiento y algunos otros problemas específicos de las enfermedades, lo cual se logrará con el aprendizaje de nuevos métodos para enfrentar y resolver dichas situaciones, esto con la ayuda de la intervención terapéutica. (Satir, 1995).

Como se ha mencionado con anterioridad, la enfermedad crónica, y en el caso que interesa a esta investigación, la diabetes tiene un impacto doble en la vida del que la padece. Este doble impacto está relacionado con los efectos directos que producen la enfermedad y las implicaciones que esta conlleva. Habíamos señalado los mareos, la visión borrosa, el adormecimiento de extremidades, la constante sed y hambre, frecuencia en la micción, y como los efectos secundarios o las implicaciones secundarias la limitación alimenticia, el desgaste o las molestias que demanda la administración de medicinas y el auto cuidado, la preocupación por las consecuencias en caso de fallar en el tratamiento, la tendencia a deprimirse por las implicaciones anteriores y por las bajas de glucosa en sangre. Todo esto lleva a la reflexión sobre un tema de gran importancia cuando hablamos de enfermedades crónicas, la calidad de vida (Oblitas, 2006).

Cuando se hace referencia a la calidad de vida en relación a las enfermedades crónicas, se debe hablar de algunos factores principales que deben ser motivo de

análisis, por ejemplo: síntomas y quejas subjetivas como la sintomatología depresiva, diagnóstico, funcionamiento fisiológico, funcionamiento psicológico y cognitivo, funcionamiento físico como ser las restricciones de la actividad, percepciones generales de la enfermedad tanto del paciente como de la familia y funcionamiento social. (op cit.).

A propósito de la intervención, al exponer sobre enfermedades crónicas, es recomendable hacer vigente en el ámbito de nuestra psicología clínica el concepto de tratamiento holístico, ya que los estudios han demostrado la mayor eficacia en tratamientos donde participan equipos multidisciplinarios, equipos donde el mismo paciente tiene que formar parte activa ya que se sabe que en la mayoría de las enfermedades crónicas el 90% del tratamiento lo hace el paciente en su casa, entonces al igual que el médico general, el especialista, los enfermeros, el psicólogo, el terapeuta físico y el nutricionista, el paciente asume una posición de responsabilidad en el cuidado de la salud, de su salud. (op. cit).

Este tratamiento holístico busca unir todos los recursos profesionales posibles con el objetivo de eliminar las dificultades en la adherencia al tratamiento, exhortar la participación de la familia, educar al paciente y su familia para que se involucren en la toma de decisiones con respecto a la enfermedad (op. cit).

Así mismo sabiendo que la psicología es una ciencia que estudia la conducta humana, el tratamiento holístico y la rehabilitación psicosocial busca también un cambio en los hábitos y los estilos de vida de los pacientes y las familias que se ven afectadas por la enfermedad crónica, esto exige la adquisición de un nuevo y variado repertorio de nuevas conductas y hábitos, y es el trabajo de la psicología desarrollar, implementar o adaptar nuevos modelos de intervención, nuevas técnicas y herramientas para enriquecer este repertorio. (op. cit.).

Los aportes que haga la psicología en el ámbito de la clínica y específicamente en el tema de las enfermedades crónicas, seguramente se harán desde una variedad de enfoques entre los cuales se debe mencionar el psicoanalítico o psicodinámico, el fenomenológico humanista o existencial, el sistémico o familiar, el conductual y el cognitivo comportamental. Todos estos modelos han hecho sus aportes a la clínica desarrollando diferentes tipos de intervenciones psicológicas para las enfermedades crónicas, sin embargo estudios publicados por Camic y Knight en 1998 en el libro

Clinical Handbook of Health y Psychology: A Practical Guide to Effective Interventions, han demostrado que las técnicas más eficaces en el tratamiento de problemas psicológicos en enfermedades crónicas provienen de los modelos cognitivos comportamentales, habiendo mostrado avances significativos en la rehabilitación psicosocial en pacientes con dolor crónico, enfermedades respiratorias, coronarias, diabetes *mellitus*, esclerosis múltiple, SIDA entre otras (op. cit).

Sin embargo el enfoque sistémico, en su búsqueda de aportar a la clínica en el tema de las enfermedades crónicas, trata de integrar paradigmas que no sean excluyentes abrazando aportes de otros enfoques que permitan abordar e intervenir las enfermedades con una mayor variedad de recursos que pueden ir desde la participación familiar y grupos de apoyo, terapia narrativa y reestructuración cognitiva, técnicas corporales y relajación hasta la modificación de la conducta. (Navarro, 2004).

Por supuesto que desde este enfoque se tratará no solo de destrabar las dinámicas familiares disfuncionales que propicien las complicaciones afectivas que la enfermedad puede traer, sino también de tratar de utilizar todos los recursos disponibles en el sistema para aceptar la enfermedad, tomar las riendas de su cuidado y aceptar las limitaciones, buscar información y apoyo psicosocial, todo lo cual significaría un proceso de afrontamiento ideal. (Duarte, 2007, Satir, 1995).

La diabetes en la familia

Como en el caso de cualquier enfermedad y enfermedad crónica principalmente, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo (Oblitas 2006). La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad (Rolland, 2000).

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías (Duarte, 2007. Navarro, 2004). Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, se vería en una posición de minusvalía viéndose obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica.

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que esta reciba y conviva con la enfermedad, tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta (Navarro 2004). La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos por ejemplo.

El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes (Jiménez, 2005). Por esto se entiende la importancia de que la familia sea una buena red de apoyo, conociendo los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, conociendo los productos que su familiar puede consumir, aportando con menús nuevos, actualizándose con información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo.

De todas formas el paciente acudirá a redes externas a su familia como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento (Oblitas, 2006). Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena.

La depresión en la familia

Antes de desarrollar los aspectos relacionales concernientes a la depresión, vale la pena explicar un poco que la depresión muchas veces está relacionada a un factor antecedente como es la personalidad, que se estructura en base a componentes biológicos que determinan aspectos hereditarios de ésta como el vigor, el ritmo y velocidad en las actividades, la sociabilidad, la emocionalidad y las tendencias de activación fisiológica, que son la base para que una persona desarrolle su personalidad (Carver y Sheirer, 1997 en Pinto, 2005).

Se observó que en el núcleo biológico de este trastorno existe un desequilibrio en la producción de serotonina. En cuanto al núcleo cognitivo la personalidad depresiva se caracteriza por el pesimismo, por tener un estilo independiente de campo o introvertido y tener una percepción catastrófica de los problemas, además de tener muy desarrolladas las estrategias o mecanismos de generalización y justificación, y muy poco desarrolladas las de realismo y autoafirmación (op. cit).

En la práctica terapéutica se observa una coincidencia o un patrón en algunos esquemas cognitivos que están distorsionados y son rígidos, los cuales están referidos más o menos a: “la vida no vale la pena vivirla”, “hubiera sido mejor no nacer”, “nada me puede salir bien”, “no merezco ser amado”, “nada bueno puedo esperar del futuro” (op. cit).

El núcleo emocional se ha estructurado en base al sentimiento de pérdida, por lo cual, el estado de ánimo característico es la melancolía aunque se afirma que esta tristeza es un disfraz para la rabia. Otras características importantes son: que su comportamiento interpersonal se caracteriza por la indefensión, ya que su auto concepto se ha cristalizado en la idea de ser sufrido y víctima de las circunstancias, por lo que obviamente tiene una autoestima baja y una auto imagen de inutilidad. El mecanismo de defensa más utilizado por el depresivo es el aislamiento (op. cit).

Entendido esto, se puede pasar a analizar desde una perspectiva sistémica la aparición de la depresión en un núcleo familiar, que puede estar relacionada con factores como experiencias vividas en el seno de la familia, pérdidas importantes o decepciones significativas, las cuales son las causas más frecuentes en el desencadenamiento de un cuadro depresivo (Linares, 2000).

Los aportes de Bowlby en 1980 fueron muy valiosos ya que sus estudios y análisis de la depresión lo llevaron a aumentar algunos conceptos a los que Beck, en 1967, propuso como básicos para entender la depresión. Estos que ya son muy conocidos son: que la depresión es consecuencia del modo negativo en el que el depresivo se concibe a si mismo, su futuro y el mundo en general. A esto Bowlby incorpora la idea del realismo depresivo, que quiere decir que, estos pacientes muestran un cierto sesgo negativo en casi todas sus percepciones, pero que éstas no demuestran necesariamente un alto grado de distorsión, por esto se le llama realismo depresivo. Guidano en 1994 incluye otros elementos que refuerzan la conducta y el sentimiento

depresivo, los cuales son la indefensión y la desesperanza, que arrancan por una supuesta vinculación infantil deficiente, y que dificultan el cambio en el depresivo (op.cit).

Otro aporte es el de Mahoney en 1991 que habla de que el depresivo fue expuesto a cambios para los que no estaba listo y aparentemente por esto la elaboración de su problema es sumamente lenta o se estanca fácilmente postergando así el cambio; según este punto de vista sería valioso reconocer la connotación positiva del síntoma o sea de la depresión. (op. cit)

La autoorganización necesaria para sobrellevar dichos cambios implica que las presiones ejercidas por el contacto con los estímulos externos, están subordinadas al mantenimiento adecuado del “orden experiencial” o dicho de otra forma, el significado personal en el que se basa la congruencia que el individuo percibe de su si-mismo (op. cit). “Entonces, un sistema que se auto-organiza puede alcanzar un equilibrio de interacción en una realidad siempre cambiante, en la medida en que las presiones ambientales activen cambios viables en su orden experiencial, que faciliten la aparición de niveles más integrados de autoidentidad y autoconciencia” (Guidano 1994 pag 22).

Por lo tanto, un abordaje terapéutico enfocado hacia los esquemas mentales distorsionados o disfuncionales del depresivo, buscaría desarrollar estrategias de adaptación o transformación de los hechos perturbadores provenientes de su relación con el mundo, en información significativa y funcional para el propio orden experiencial (op. cit).

El enfoque sistémico

Con raíces en ciencias como la economía, la comunicación y la cibernética, el enfoque sistémico en un modo de ver mundo, un punto de vista que trata de entender y abordar la realidad como un conjunto de sistemas que se auto organizan, se auto regulan y se retroalimentan. (Almazán, 2004).

La influencia recíproca de los estímulos que entran y salen de los sistemas hace que este enfoque supere la concepción lineal de la realidad, cambiándola por una circular, lo cual obliga a conocer un fenómeno globalmente y no aisladamente (op. cit). Todo esto implica que no se puede demarcar nada como una realidad absoluta, ya que ésta ira cambiando según el observador y según la percepción de los miembros del

sistema que estén relacionados con el fenómeno que se observa, por lo cual queda prácticamente descartada la visión de causa-efecto y remplazada por una visión integral del fenómeno basada fundamentalmente en los principios de retroalimentación e interdependencia que caracterizan a los sistemas (op. cit).

Entonces, en la psicología y en la intervención terapéutica mas concretamente, el enfoque sistémico permite principalmente entender el fenómeno que se observa, ya sea un síntoma u otra queja, una enfermedad o una pérdida, como el producto de la interacción de innumerables variables que resultan en el problema o la dificultad que atraviesa el sistema, y que a su vez este afecta de una u otra forma a los que lo componen y a otros sistemas más amplios. Por ejemplo el alcoholismo de un padre tiene un efecto innegable sobre el desempeño escolar de sus hijos, su relación con su esposa, su desempeño laboral, etc. Y al mismo tiempo los problemas que traen su deficiente desempeño laboral, la recriminación de su pareja y el bajo rendimiento de sus hijos en la escuela, afectan al alcoholismo de esta persona (op. cit).

Es de esta forma que juega un papel principal la interacción de todas las variables en que se puedan pensar y toma un carácter muy importante su entendimiento y su utilización en pos de ayudar al sistema a superar la contrariedad que experimenta.

La familia como sistema

La familia es uno de los sistemas más pequeños que puede formar el ser humano y el más importante porque es en éste donde se desarrolla y consolida como individuo capaz de integrar o incluso fundar otros sistemas (Minuchin, 1974).

Para analizar una familia como un sistema se debe tomar en cuenta conceptos como: quienes integran la familia, tomando en cuenta desde la más cercana hasta la familia extendida, la estructura familiar, lo cual significa un análisis de la jerarquía, de los subsistemas que se conforman dentro del sistema principal, de los roles que cumplen y los límites de esta estructura (op. cit).

También es necesario conocer la dinámica y los patrones de comportamiento estables dentro del sistema, como por ejemplo: quién otorga los permisos, o quien tiene la última palabra en las decisiones importantes, quién es el experto en salud cuando se

presenta alguna enfermedad. También es importante observar los patrones de comunicación del sistema, si es rígido, vertical, horizontal, si los miembros reflexionan sobre sus formas de comunicarse (op. cit). Se debe tomar en cuenta también la interacción entre los roles de cada miembro, como afecta ésta en la proximidad o el distanciamiento emocional. En caso de producirse conflictos internos se debe analizar qué alianzas y qué coaliciones se dan y si estas son rígidas, también cómo percibe el resto del sistema estas alianzas (op. cit).

Para conocer la dinámica familiar se debe conocer también si existe un miembro identificado, o como se conoce vulgarmente, un chivo expiatorio, si algún hijo cumple funciones parentales, si algún miembro se enferma con mucha frecuencia o si algún miembro entorpece los procesos de cambio o evolución del sistema (op. cit). Es recomendable analizar también a los sistemas familiares desde la etapa del ciclo vital en que se encuentran ya que se sabe que todos los sistemas familiares deben afrontar un conjunto de etapas que requieren cometer ciertos requisitos para pasar a la siguiente etapa (Haley, 1989).

Enfoque sistémico de la depresión en diabéticos

Tanto los que han estudiado la depresión como los que han estudiado la enfermedad coinciden en que las situaciones críticas en la vida de un ser humano demandan disposición y capacidades específicas para sobrellevarlas, entre las cuales se destacan la de aceptación, afrontamiento, constancia, comunicación, la apertura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro-activa, que pueden variar entre persona y persona o ser inexistentes en última instancia (Oblitas, 2006).

Las personas no nacen con estas capacidades o muchas veces no tienen esta disposición para enfrentar una situación de crisis. Por esto toma gran importancia la vinculación de esta persona a redes de apoyo, básicas y especializadas, que sean agentes de salud, que sean fuentes de información fidedigna, que faciliten o den acceso a atención médica o psicológica, que sean un soporte emocional fuerte, que propicien la inclusión del paciente en actividades nuevas o grupos que enriquezcan y mejoren su experiencia en el curso de la situación que vive (Oblitas, 2006. Rolland, 2000).

Dado que la depresión en una enfermedad crónica como la diabetes es un fenómeno que afecta en primera instancia al seno de una familia, lo más apropiado será

abordarlo desde una perspectiva relacional por la interdependencia del fenómeno con el enfermo y los miembros de la familia y viceversa (Navarro, 2004).

Entonces, por lo explicado anteriormente, se podrá inferir que el enfoque sistémico tratará de expandir su aplicación a sistemas más grandes aún. Para que el abordaje de problemáticas sociales como la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la depresión, etc., incluyan la participación no solo de los profesionales de la salud sino a organizaciones no gubernamentales, ministerios de salud, ministerios de cultura y deporte, alcaldías, apoyo de empresas que puedan contribuir económicamente a proyectos de prevención y proyectos o investigaciones de salud como se dieron algunos casos en la ciudad de La Paz donde empresas farmacéuticas y alimenticias patrocinaron juntamente con el gobierno municipal actividades como las caminatas de diabéticos para fomentar y promover la actividad física, campañas gratuitas de detección de diabetes, entre otras, incluyendo de esta forma también a los medios de comunicación, unidades educativas y público en general, haciendo posible una intervención holística y multidisciplinaria en el sentido más amplio de la palabra sobre este fenómeno clínico y social.

Conclusiones

Uno de los trastornos psicológicos de más incidencia en la actualidad es la depresión ya que un informe de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el 2001 señala que el 5% de la población mundial presenta depresión. Entre el 10 y el 20% de los pacientes en consulta general también la presentan y entre el 40 y 60% de los pacientes en atención psiquiátrica.

Estos datos estadísticos muestran o hacen evidente un importante crecimiento de la población afectada por este trastorno, obligando a los investigadores, psicólogos, y profesionales de la salud en general a cuestionarse e indagar sobre las variables asociadas a la aparición del mismo (Oblitas, 2006).

En una gran parte de los casos de depresión, un factor que fácilmente la desencadena; es el de la pérdida. Cuando se habla de la pérdida, se puede hacer referencia a pérdidas subjetivas así como a pérdidas reales. Cuando se dice pérdidas subjetivas, se hace referencia a pérdidas como la del cariño de alguien significativo, la

pérdida de la confianza en alguien importante como sucede en las grandes decepciones, la pérdida de una figura de apego, como sucede en las coaliciones dentro de la familia, cuando sin razón un hijo pierde el cariño de su padre por estar aliado con la madre (op. cit).

Estas pérdidas fácilmente dan paso a los síntomas depresivos por el desequilibrio emocional y la desorganización psicológica que producen a la persona, imposibilitando otra reacción que no sea la depresiva lo cual puede incluir también tentativas suicidas o conductas de agresión hacia otros o hacia el mismo. Tal vez vale la pena incluir en este tipo de pérdidas, la pérdida de la libertad.

Por otra parte se encuentra la pérdida real. Hecho que implica la desaparición física de algo. Muchos casos de depresión tienen origen tras la pérdida de un padre o de ambos, o de algún otro significativo, la pérdida de un bebé, espontánea o inducida, la pérdida de bienes materiales como sucede en los desastres naturales o la pérdida de algún miembro del cuerpo o algún órgano, por ejemplo, la extirpación de una mama debido al cáncer, la amputación de una pierna o la pérdida de la vista son hechos que muy probablemente tendrán efectos depresivos en el afectado (Linares, 2000).

Lo mencionado anteriormente hace pensar que la pérdida de la integridad física o la pérdida de la salud pueden estar asociadas a la aparición de trastornos depresivos. Es el caso de enfermedades graves, terminales o crónicas como ser las enfermedades coronarias, cáncer y otras enfermedades con dolor crónico, enfermedades respiratorias, diabetes *mellitus*, esclerosis múltiple y SIDA entre otras (Oblitas, 2006).

En el caso de la enfermedad crónica, que es el de interés en esta investigación, se ha visto que las implicaciones directas e indirectas de la misma, afectan el pensamiento, la emoción y la conducta de las personas, o sea que ésta tiene un impacto general en la vida del paciente (Rolland, 2000).

La aparición de una enfermedad grave o una enfermedad crónica en un sistema familiar, es un hecho que impacta a todos los miembros del mismo aparte de afectar obviamente todas las esferas de la vida del enfermo. Es a partir de este hito que la dinámica familiar sufre un giro o un cambio importante. Primero, como se expuso anteriormente, el principal afectado es el enfermo ya que este cambio irrumpirá en su estilo de vida, en sus actividades, en sus planes futuros, etc.

La diabetes *mellitus* es una de las enfermedades crónicas que como las mencionadas anteriormente, impactan la vida del que la padece y de su sistema familiar, dando paso a la posibilidad de que se presente aparte de la enfermedad, un trastorno psiquiátrico como la depresión (Duarte, 2007).

Antes del 2000 se registraron en América Latina y el Caribe alrededor de 20 millones de casos de diabetes de los cuales 45.000 morían cada año. Estudios han mostrado que de los diabéticos que van a consulta psicológica cerca del 20% acude por causa de la depresión y un número similar acude por problemas de ansiedad, dato que refleja la dificultad en el afrontamiento ante dicha afección (Jiménez y Dávila, 2005).

Entonces el punto de partida será entender la dificultad presentada como un problema relacional, donde está implicado alguien más que el paciente o el aparente afectado, donde se concibe al problema como efecto de una circularidad y no de una linealidad de causa-efecto. Intervención que tratará de hacer consientes a los miembros del sistema de que de una u otra forma todos son afectados por la enfermedad o alguna de sus implicaciones y viceversa.

Esta perspectiva relacional, aportará en la toma de responsabilidades por parte de cada miembro del sistema y a la vez ayudará a descubrir dónde o cómo puede cada uno tener una influencia positiva para sobrellevar la dificultad.

También se habla de la intervención psicoterapéutica como una herramienta de afrontamiento desde un enfoque constructivista, porque en la terapia se tratará de elaborar una nueva construcción de la idea que formó la familia sobre la enfermedad. Esta idea, que generalmente es de limitación, de restricción, de auto inculpamiento, es la que entorpece cualquier opción de pararse frente al problema, tomar sus riendas y afrontarlo permitiendo al sistema evolucionar pese a la nueva dificultad, tarea que es completamente viable (Guidano, 1994. Satir, 1995).

Investigaciones recientes como la de Rodríguez en el 2003 hacen evidente la eficacia de la combinación del modelo cognitivo con el conductual ya que paralelamente a la reorganización cognitiva o la nuevas atribuciones que deba otorgar el paciente a su experiencia, inevitablemente debe modificar conductas y hábitos relacionados principalmente a su alimentación, su actividad física y el monitoreo y control de su glicemia.

El trabajo psicoterapéutico familiar, busca formar esquemas mentales nuevos que impliquen y alienten la constancia del paciente, la paciencia del cuidador y del sistema, el optimismo y el soporte emocional que requiere el mismo. Esta labor continua, facilitará en gran medida los cambios en el repertorio conductual que debe realizar la familia, que deben incluir autoregistros, establecimiento de metas relacionadas al peso por ejemplo o a los valores de glicemia, contratos conductuales, sistemas de reforzamiento y conocimiento de resultados.

Entonces la modificación de algunos pensamientos, mas los nuevos significados y atribuciones que puedan elaborarse con la complicidad del terapeuta, la comprensión del tratamiento médico y sus implicaciones, las discusiones sobre los efectos adversos, la recopilación de habilidades y capacidades del paciente, la aclaración de las creencias sobre la enfermedad, son los factores que darán un nuevo sentido a los sentimientos del diabético acerca de su condición y su flamante repertorio conductual así como a los de su sistema, permitiéndole o permitiéndose acceder a un mejor estilo de vida.

Referencias

- Almazán, S (2004) Modelo sistémico aplicado a las familias. Barcelona: Kyos
- Barcelo A. (2001) Diabetes in Bolivia. Organización Panamericana de la Salud EE.UU: Editorial Public Health.
- Bowlby, J. (1997) La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona España: ediciones Paidós Ibérica.
- Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados a la Salud. Décima revisión. (CIE-10).
- Duarte E. (2007) Aprendiendo a vivir con Diabetes. Centro de Educación e Información Vivir con Diabetes. Bolivia: Ediciones Sagitario.
- Farreras, Valenti, P. (1970) Medicina Interna compendio práctico de patología médica Barcelona España: Editorial Marín S.A.
- Gagliardino J, (1997) Cómo tratar mi Diabetes dedicado a personas con diabetes no insulino dependientes. La Plata Argentina: Ed. Boehringer Mannheim GMBH.

Guidano V. (1994) El Sí-Mismo en Proceso hacia una terapia cognitiva post-racionalista. Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós.

Haley, J. (1989) Trastornos de la emancipación juvenil. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Jacomé-Roca A. (2002) Hispanos diabéticos en america latina y del norte. Asociación Colombiana de Diabetes.

Jiménez M. Dávila M. (2005) Psico-Diabetes. Centro de Diabetes para Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico y Universidad Carlos Albizu. San Juan Puerto Rico.

Linares J. Campo C. (2000) Tras la Honorable Fachada los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Barcelona España: ed. Paidós.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-VI)

Minuchin, S. (1974) Familias y terapia familiar. México DF: Gedisa.

Navarro J. (2004) Enfermedad y Familia manual de intervención psicosocial, Barcelona España: ediciones Paidós Ibérica S.A.

Oblitas L. (2006) Psicología de la Salud y Calidad de Vida International Thomson Editores México D.F.

Palmero E. (1997) Hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en Bolivia: Revista Latido de la Sociedad Boliviana de Cardiología.

Pinto B. (2005) Porque no se amarte de otra manera. Estructura individual, familiar y conyugal de los trastornos de la personalidad. La Paz Bolivia: Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana San Pablo.

Rodríguez G. (2003) Factores Psicosociales en el manejo de la diabetes tipo 2., Universidad Autónoma de México.

Rolland J. (2000) Familias, Enfermedad y Discapacidad Barcelona España: editorial Gedisa.

Satir V. (1995) Terapia Familiar paso a paso México D.F: Editorial Pax

Recursos electrónicos

Carrasco E, Perez F, Angle B *et al.* (2004) Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. *Rev. méd. Chile.* [online]. vol.132, no.10 [citado 10 Septiembre 2007], p.1189-1197. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, División de Prevención y Control de Enfermedades. (2001) Iniciativa de Diabetes para las Américas, plan de acción para América Latina y el Caribe 2001-2006

Pineda N, Bermudez V, Cano C (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes *Mellitus* tipo 2. AVFT. [online]., vol.23, no.1 [citado 07 Septiembre 2007], p.74-78. Disponible en la World Wide Web: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0264.