

## Particularidades de los pensamientos intrusos y su supresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

### Particularities of intrusive thoughts and their suppression of type 2 diabetes mellitus patients

MSc. Yaritza García Ortiz,<sup>I</sup> Lic. Dayana Casanova Expósito,<sup>II</sup> Dr.C. Boris Camilo Rodríguez Martín<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Villa Clara, Cuba.

<sup>II</sup>Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Villa Clara, Cuba.

<sup>III</sup>Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Villa Clara, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** poco se conoce sobre los pensamientos intrusos asociados a las diversas repercusiones psicológicas de la diabetes mellitus, y aún menos sobre los factores asociados al uso de la supresión de pensamientos como estrategia cognitiva de regulación.

**Objetivos:** explorar la repercusión psicológica de la diabetes mellitus tipo 2, la presencia de pensamientos intrusos y su supresión, en pacientes atendidos en el Centro de Atención y Educación al Diabético de la ciudad de Santa Clara; así como, describir la asociación entre pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos con un grupo de variables sociodemográficas y psicológicas en estos pacientes.

**Métodos:** fueron evaluados 121 pacientes que acuden a dicho centro, a los cuales se les aplicó una entrevista estructurada, un diferencial semántico y el Inventario de Supresión del Oso Blanco.

**Resultados:** los pensamientos intrusos en pacientes con diabetes suelen ser difíciles de controlar, implican un mayor uso de la supresión de pensamientos, y su reporte se encuentra asociado al nivel de escolaridad, el sexo y al malestar emocional del paciente. Suelen reportarlos individuos que se perciben a sí mismos como tensos y emotivos. El mejor predictor de la supresión de pensamientos lo constituyó poseer una autoimagen de individuo tenso.

**Conclusiones:** el análisis de los pensamientos intrusos y su supresión reveló particularidades asociadas a determinantes sociodemográficos —sexo y nivel de escolaridad— y psicológicos —sujetos que se perciben a sí mismos como tensos y emotivos—.

**Palabras clave:** pensamientos intrusos, supresión de pensamientos, diabetes mellitus.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** little is known about intrusive thoughts associated to different psychological effects of diabetes mellitus and even less is known about the factors related to the use of thought suppression as a regulatory cognitive strategy.

**Objectives:** to explore the psychological impact of type 2 diabetes mellitus, the presence of intrusive thoughts and their suppression in patients seen at the Center for Care and Education of Diabetics in Santa Clara city and to describe the linking of intrusive thoughts and suppression of thoughts with a group of sociodemographic and psychological variables in these patients.

**Methods:** one hundred and twenty one patients attended to in this center were evaluated by means of a structured interview, a semantic differential and the White Bear suppression inventory.

**Results:** the intrusive thoughts in patients with diabetes mellitus may be difficult to be controlled, imply a greater use of suppression of thoughts and their notification is related to schooling, gender and emotional status of the patient. They are generally notified by individuals who feel tense and emotional. The best predictor of suppression of thoughts is a self-image of tense individual.

**Conclusions:** the analysis of intrusive thoughts and their suppression show particularities related to sociodemographic determinants in terms of sex and schooling and to psychological determinants in terms of individuals who perceive themselves as tense and emotional.

**Keywords:** intrusive thoughts, suppression of thoughts, diabetes mellitus.

---

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un acuciante problema de salud tanto a nivel mundial como para Latinoamérica, con 371 y 26 millones de casos, respectivamente.<sup>1,2</sup> Su prevalencia en Cuba es de 47 x 1 000 habitantes, y constituye desde hace varias décadas una de las 10 primeras causas de defunciones. La DM tipo 2 (DM 2) agrupa entre el 85-90 % de los casos, y está relacionada con factores de riesgo que emergen de un estilo de vida poco saludable.<sup>3</sup>

Estudios han señalado que los aspectos psicosociales pueden aportar importantes indicadores para un adecuado tratamiento de la enfermedad.<sup>4,5</sup> Dentro de las variables psicológicas a considerar, se ha observado que un pobre propósito vital —proyecto de vida limitado, con escasas metas y proyecciones futuras— se relaciona

---

negativamente con los niveles de hemoglobina glucosilada;<sup>6</sup> sin embargo, cuando un fuerte propósito vital interactúa con la capacidad de disfrutar la vida, resulta un factor protector de padecer DM 2, con independencia del sexo del individuo.<sup>7</sup>

Por otra parte, la interacción entre afecto negativo e introversión, como rasgo de la personalidad, podría constituir un indicador de mal pronóstico para el tratamiento de la DM 2.<sup>8-11</sup> En esta enfermedad se ha observado que las vivencias de los individuos tras su diagnóstico, pueden abarcar un amplio rango de emociones negativas y preocupaciones.<sup>12</sup>

Existe evidencia de que la presencia de un grupo de cogniciones perseverativas, como los pensamientos intrusos indeseados, las preocupaciones y las rumiaciones, tienden a ejercer repercusiones negativas sobre la salud, sobre todo, en numerosas enfermedades crónicas.<sup>13</sup> En la DM las mayores preocupaciones pudieran estar asociadas a su carácter crónico, su connotación amenazante dadas las complicaciones que pueden aparecer, las modificaciones que suscita en áreas significativas de la vida (trabajo, familia, pareja, sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad), y la significación estigmatizante de estos cambios y de interferencia en la vida cotidiana.<sup>14,15</sup>

Con respecto a los pensamientos intrusos, un estudio multinacional en los 5 continentes reveló que el 93 % de los individuos experimenta pensamientos intrusos en su vida cotidiana.<sup>16</sup> Estos pueden definirse como ideas perturbadoras que aparecen de forma repentina, causan malestar y las personas los consideran difíciles de controlar.<sup>17</sup> Se ha señalado que su frecuencia, intensidad y contenido se mueve en un rango que va desde la norma hasta la psicopatología, con determinantes culturales, contextuales y personológicos.<sup>18</sup>

La elaboración del pensamiento intruso posee una naturaleza dual:<sup>19</sup> reflexiva, focalizada en el análisis de su contenido; o rumiativa, focalizada en sus causas y consecuencias. En este sentido, es necesario distinguir la rumiación —un evento vital que se recrea mentalmente en espiral, es decir, que la persona se enfrasca en un ciclo involuntario y repetitivo de análisis en la búsqueda de un “por qué”—, del procesamiento reflexivo funcional de emociones negativas —un análisis necesario de estas—<sup>20</sup> y de la preocupación, en que el pensamiento intruso se focaliza en la anticipación de las potenciales amenazas.<sup>21</sup>

La manera más directa de controlar estos pensamientos intrusos consiste en suprimirlos (evitarlos), o sea, se requiere que el individuo se haya propuesto hacerlo.<sup>22</sup> Por último, se considera que el uso excesivo de la supresión de pensamientos puede tener consecuencias negativas, tanto para la salud mental, por la ineffectividad de esta estrategia para controlar emociones desagradables,<sup>23</sup> como para el sistema inmune.<sup>24</sup> En este sentido, se señalan otras estrategias adaptativas como la distracción, la reevaluación del pensamiento y el control social, que permiten un mejor control de los pensamientos intrusos.<sup>25,26</sup>

En Cuba puede señalarse que el reporte de las molestias provocadas por las preocupaciones y las vivencias de ansiedad-miedo tienden a ser los mejores predictores de la supresión de pensamientos.<sup>27</sup> Actualmente se han validado intervenciones para controlar los pensamientos intrusos y su supresión, sobre temas generales,<sup>28,29</sup> y específicos.<sup>30</sup> Aun cuando el cuerpo del conocimiento sobre el tratamiento psicológico de la DM 2 es abundante,<sup>31-33</sup> poco se conoce acerca de cómo se manifiestan los pensamientos intrusos indeseados y su supresión en estos pacientes, y con cuáles variables se asocian ambos.

El estudio se propuso como objetivos: explorar la repercusión psicológica de la DM 2, la presencia de pensamientos intrusos y su supresión, en pacientes atendidos en el Centro de Atención y Educación al Diabético (CAED) de la ciudad de Santa Clara; y, describir la asociación entre los pensamientos intrusos, y la supresión de pensamientos con un grupo de variables sociodemográficas y psicológicas en estos pacientes.

## MÉTODOS

El estudio se desarrolló, posterior a su aprobación en el Consejo Científico de la Carrera de Psicología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, en el CAED de Santa Clara, durante los meses de octubre de 2011 a enero de 2012. Se estructuró desde la metodología cuantitativa, y respondió a un estudio ex pos facto, según la clasificación para estudios en Psicología propuesta por *Montero y León*.<sup>34</sup>

Fueron evaluados la totalidad de individuos diagnosticados con DM 2, atendidos en el CAED de Santa Clara durante los meses de octubre de 2011 a enero de 2012 (N= 121). Manifestaron voluntariedad para participar en el estudio y dieron su consentimiento informado. Los participantes reportaron una edad promedio de 57 años (rango: 36-86). Se observó una cantidad similar de mujeres (n= 62 [51 %]) que de hombres (n= 59 [49 %]). La mayor parte de los individuos habían completado la enseñanza media (n= 51 [42 %]), seguidos de la secundaria (n= 28 [23 %]), la superior (n= 26 [22 %]) y la primaria (n= 16 [13 %]), respectivamente. Por último, con relación al tiempo de evolución de la enfermedad, puede señalarse que el 52 % de los pacientes (n= 63) llevaba menos de 1 año diagnosticado, el 23 % (n= 28) osciló de 1-5 años, y el 25 % (n= 30) rebasaba los 5 años.

Se realizó la Entrevista estructurada, que se utilizó para determinar variables de orden sociodemográfico, tales como: la edad, el sexo y el nivel de escolaridad. Con relación a la DM se exploró el tiempo de evolución de la enfermedad y su repercusión subjetiva. Con respecto a los pensamientos intrusos se evaluó su presencia y el nivel de dificultad para controlarlos, no así su contenido.

El Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI, *White Bear Suppression Inventory*), es un inventario de 15 ítems desarrollado por *Wegner y Zanakos*<sup>22</sup> para evaluar las diferencias individuales en el uso de la supresión de pensamientos. La sumatoria de esos ítems indica que, mientras mayor es la puntuación, mayor es la tendencia al uso de la supresión de pensamientos. Esta prueba ha sido validada para la población general en Cuba.<sup>35,36</sup>

El Diferencial semántico es otro instrumento de evaluación psicológica que se desarrolla formulando una lista de rasgos de personalidad que se presentan en forma bipolar, mediando entre ambos extremos una serie de valores intermedios que el sujeto debe marcar según su ubicación entre ambos polos.<sup>37</sup> Los rasgos son características estables y consistentes, que determinan y explican, hasta cierto punto, el comportamiento individual. En este caso en particular se ofrecen al individuo 3 rasgos contrapuestos, en los cuales los factores de riesgo y protectores, descritos en la introducción, oscilaron entre los polos: comunicativo-reservado, relajado-tenso y sereno-emotivo. Las puntuaciones oscilaron en un rango de 1 a 7. El acercamiento a uno u otro extremo de la escala indica el rasgo con el cual el paciente se identifica en mayor medida.

Los instrumentos fueron aplicados en una sola sesión evaluativa con cada paciente; el tiempo utilizado para cada caso nunca superó los 45 minutos, y una vez concluida la sesión, se agradeció a cada paciente por su participación.

El procesamiento de los datos fue ejecutado mediante el SPSS versión 20. Los valores de  $p$  inferiores a ,05 fueron considerados como estadísticamente significativos para todas las comparaciones. Se utilizó la prueba chi cuadrado para analizar las asociaciones entre los diferentes datos categóricos ( $\chi^2$ ). Adicionalmente, fue ejecutada una detección de las interacciones (CHAID) entre todas las variables categóricas previamente comparadas con el reporte de los pensamientos intrusos, tomando en consideración la dificultad para controlarlos como variable de influencia. Dado el tamaño muestral, se especificó la presencia de 25 sujetos como punto de corte para la agrupación o nodo principal, y 10 sujetos para las agrupaciones o nodos secundarios.

Mediante la prueba  $t$  para muestras independientes fueron comparadas las variables continuas, atendiendo al reporte de pensamientos intrusos recurrentes, dificultades para controlarlos, y preocupaciones por la enfermedad. El tamaño de efecto de las diferencias de las medias fue calculado mediante el programa ViSta, utilizando la  $d$  de Cohen como referente, los valores superiores a ,2, ,5 y ,8 fueron considerados como efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente.<sup>38</sup> Finalmente, se realizaron correlaciones bivariadas y regresión lineal. Los tamaños de efecto de las asociaciones fueron establecidos atendiendo a los valores de  $r$  mayores que ,1, ,3 y ,5, y se interpretaron como efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente (Sink & Mvududu, 2010), y de igual forma se procedió con  $r^2$  para los valores superiores a ,01, ,09 y ,25. Aquellas variables con tamaño de efecto nulo o pequeño, fueron excluidas del análisis de regresión.

## RESULTADOS

La preocupación por la enfermedad fue la repercusión subjetiva reportada por la mayoría de los pacientes, agrupando el 67 % de los reportes ( $n= 81$ ). Otras repercusiones psicológicas reportadas fueron: la limitación en las actividades cotidianas ( $n= 36$  [30 %]), pérdida de la autonomía ( $n= 16$  [13 %]) y malestar emocional ( $n= 242$  [0 %]). Solamente el 25 % ( $n= 30$ ) no refirió afectación alguna desde el punto de vista psicológico. Por último, de los 82 pacientes que reportaron la presencia de pensamientos intrusos recurrentes (68 %), 49 refirieron dificultades para controlarlos.

Los resultados de las comparaciones entre el reporte de pensamientos intrusos y las distintas variables sociodemográficas y psicológicas de interés se muestran en la [tabla 1](#). En ella se destacaron las asociaciones entre los pensamientos intrusos con las dificultades para controlarlos, el sexo del paciente, la edad, el nivel de escolaridad y la repercusión psicológica referida. Sin embargo, debe destacarse que no se asociaron a las preocupaciones que la enfermedad genera ni a los rangos de edad.

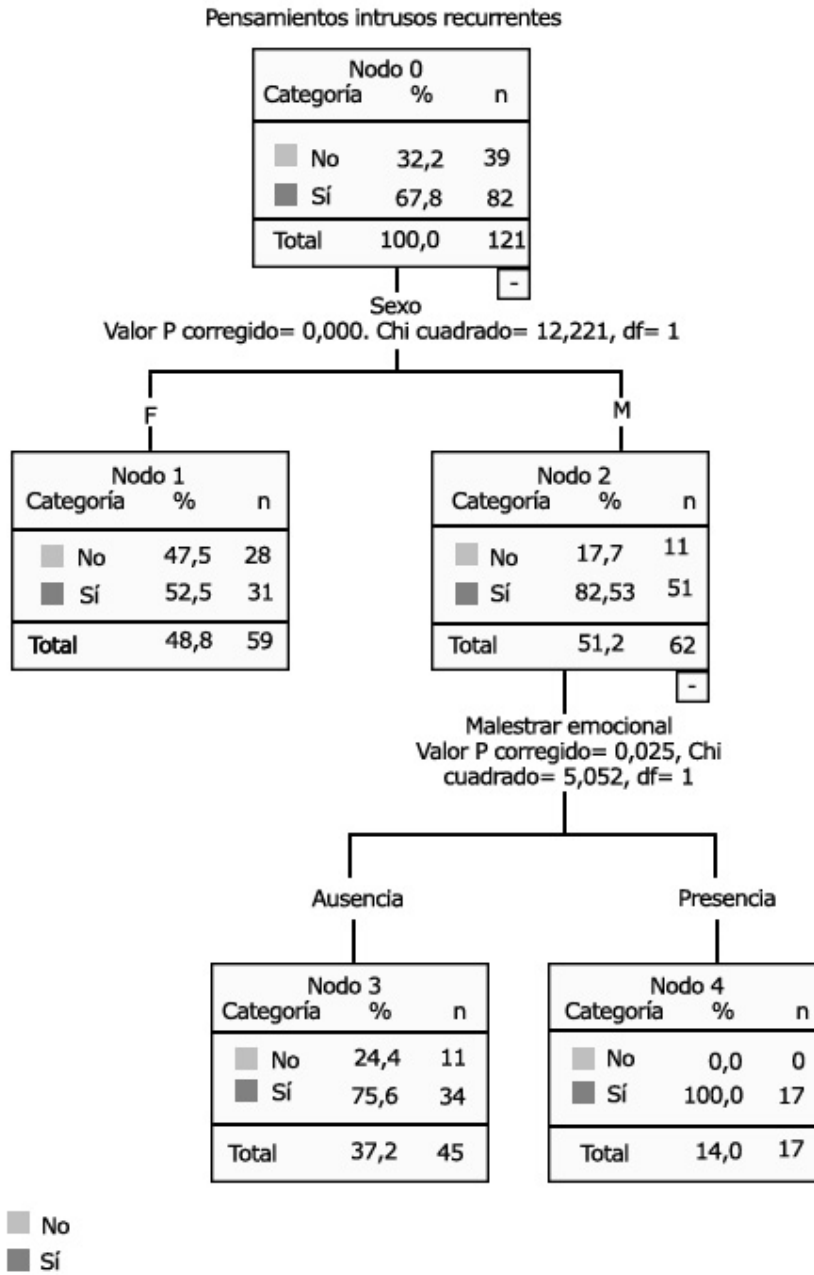
Con respecto al nivel de escolaridad, debe acotarse que muestra indicadores de una asociación lineal inversa ([tabla 1](#)) [ $p$  lineal-por-lineal  $< ,01$ ], donde las frecuencias esperadas en aquellos que reportaron los pensamientos intrusos recurrentes tendieron a ser menores, que las observadas en los niveles medio y superior, y viceversa para el primario y el secundario, respectivamente. Ello parece sugerir que en la medida que el nivel de escolaridad tiende a ser más bajo, mayor podría ser el reporte de pensamientos intrusos.

**Tabla 1.** Análisis de los pensamientos intrusos en relación con las variables estudiadas

| Medida |                               | Pensamientos intrusos   |   | Test                 | valor  | p      | d    |
|--------|-------------------------------|---|---|----------------------|--------|--------|------|
|        |                               | No  | Sí  |                      |        |        |      |
| DCPI   | No/sí                         | 39/0  | 33/49   | $\chi^2_{cc}$<br>(1) | 36,725 | <,001  | -    |
| PRE    |                               | 16/23   | 24/58   |                      | 1,162  | ,261   | -    |
| LIM    |                               | 26/13   | 59/23   |                      | ,146   | ,703   | -    |
| PA     |                               | 36/3  | 69/13   |                      | ,905   | ,341   | -    |
| ME     |                               | 37/2  | 60/22   |                      | 6,523  | ,011   | -    |
| SIN    |                               | 26/13   | 65/17   |                      | 1,626  | ,202   | -    |
| Sexo   |                               | Masculino/femenino  | 11/28   |                      | 51/31  | 10,899 | ,001 |
| Edad   | 40-59/≥ 60 años               | 19/17   | 47/34   | ,106                 | ,744   | -      |      |
| EVOL   | < 1 año/1-5 años/<br>> 5 años | 25/8/6  | 38/20/24  | $\chi^2_{cc}$<br>(2) | 3,828  | ,148   | -    |
| NE     | 6to./9no./medio<br>/superior  | 2 <sup>+</sup> /4 <sup>+</sup> /23 <sup>-</sup><br>/10 <sup>-</sup> | 14 <sup>-</sup> /24 <sup>-</sup><br>/28 <sup>+</sup> /16 <sup>+</sup> | $\chi^2_{cc}$<br>(3) | 11,308 | *,010  | -    |
| C-R    | M±DE                          | 2,97±2,62   | 3,28±2,49   | T<br>(119)           | 1,030  | ,305   | ,12  |
| R-T    |                               | 2,31±1,68   | 3,98±2,21   |                      | 4,157  | <,001  | ,85  |
| S-E    |                               | 2,23±1,93   | 3,65±2,56   |                      | 3,054  | ,003   | ,62  |
| SP     |                               | 24,05±6,97  | 59,26±11,29   |                      | 17,887 | <,001  | 3,75 |

DCPI: dificultad para controlar los pensamientos intrusos, PRE: preocupación por la enfermedad, LIM: limitaciones en las actividades cotidianas, PA: pérdida de autonomía o independencia, ME: malestar emocional, SIN: sin repercusiones reportadas, EVOL: tiempo de evolución de la enfermedad, NE: nivel educacional, C-R: comunicativo-reservado, R-T: relajado-tenso, S-E: sereno-emotivo, SP: supresión de pensamientos, \* p lineal por lineal < ,01, + frecuencia esperada mayor que la observada, - frecuencia esperada menor que la observada.

Cuando se analiza la interacción de todas las variables categóricas (sociodemográficas y psicológicas) representadas en la [tabla 1](#) con los pensamientos intrusos indeseados (tomando en cuenta la dificultad para controlarlos como variable de influencia), se obtuvieron resultados muy interesantes. Una simple inspección visual a la [figura](#) revela que los hombres reportaron una mayor cantidad de pensamientos intrusos, como consecuencia del malestar emocional que la enfermedad genera.



**Fig.** Interacción de los pensamientos intrusos con variables categóricas.

Aunque no existieron diferencias significativas entre las puntuaciones generales de los 3 rasgos asociados ( $F [2,240] = ,637, p= 511$ ) (tabla 2), estas fueron encontradas dentro de las polaridades relajado-tenso (efecto grande) y sereno-emotivo (efecto mediano) al introducir los pensamientos intrusos como factor (tabla 1). Las puntuaciones cercanas a los polos tenso y emotivo fueron marcadamente superiores en aquellos individuos que reportaron la presencia de pensamientos intrusos recurrentes.



**Tabla 2.** Correlaciones entre la supresión de pensamientos, la edad del paciente y los rasgos asociados

|                        | Supresión de pensamientos | Comunicativo-reservado | Relajado-tenso | Sereno-emotivo | Edad del paciente |
|------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|----------------|-------------------|
| Comunicativo-reservado | ,038                      | -                      | -              | -              | -                 |
| Relajado-tenso         | ,305**                    | ,149                   | -              | -              | -                 |
| Sereno-emotivo         | ,200*                     | -,121                  | ,357**         | -              | -                 |
| Edad del paciente      | ,125                      | -,073                  | ,075           | -,141          | -                 |
| Descriptivos (M±DE)    | 41,91±19,35               | 3,12±2,42              | 3,44±2,19      | 3,19±2,46      | 56,88±10,31       |

\*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ .

Con respecto al uso de la supresión de pensamientos, pudieron establecerse diferencias significativas entre aquellos que reportaron pensamientos intrusos recurrentes, de aquellos que no lo hicieron ([tabla 1](#)). Es necesario destacar que el tamaño de efecto asociado a la diferencia entre las medias puede considerarse grande ( $d = 3,75$ ).

Por el contrario, no se observaron diferencias cuando las preocupaciones se focalizaron en los problemas que la enfermedad trae aparejados ( $t [119] = 1,275$ ,  $p = ,205$ ), entre aquellos que las reportaron ( $M = 49,48$ ,  $DE = 19,02$ ) y los que no ( $M = 44,73$ ,  $DE = 19,75$ ), cuestión que refuerza la idea de la independencia encontrada entre el reporte de pensamientos intrusos recurrentes y las preocupaciones referidas a la enfermedad.

Al analizar el uso de la supresión de pensamientos considerando el nivel de dificultad para controlar los pensamientos intrusos, también fueron observadas diferencias significativas ( $t [119] = 7,671$ ,  $p < ,001$  y  $d = 1,48$ ). Como era esperado, aquellos individuos que reportaron dificultades para el control de los pensamientos intrusos, reportaron mayores puntuaciones en el uso de la supresión de pensamientos ( $M = 61,35$ ,  $DE = 10,96$ ), que aquellos que no lo hicieron ( $M = 38,76$ ,  $DE = 18,50$ ), con un gran tamaño de efecto.

En la [tabla 2](#) se muestran los resultados de las correlaciones establecidas entre la supresión de pensamientos, la edad del paciente y los rasgos asociados evaluados, relevantes en el contexto de la DM 2. Puede afirmarse que existió una correlación significativa y positiva entre el uso de la supresión de pensamientos con la tensión (efecto mediano) y la emotividad (efecto pequeño), respectivamente.

Dado que solamente una correlación cumplió el requisito de poseer un tamaño de efecto mediano, solo se ejecutó una regresión lineal simple. Los resultados de la regresión muestran que la tensión rasgo resultó un predictor significativo y con efecto mediano ( $F [1,119] = 12,222$ ,  $p = ,001$  y  $r^2 = ,093$ ), del uso de la supresión de pensamientos en la muestra estudiada. En esta misma tabla puede observarse que los resultados obtenidos a la luz de la variable edad muestran que no existe relación entre la edad del participante y las variables supresión de pensamiento y rasgos asociados, cuestión que se reafirma con los resultados de la [tabla 3](#), en la que no se observan diferencias significativas entre los rangos de edad y la mayor parte de las variables evaluadas, con excepción de la dimensión sereno-emotivo, que mostró un tamaño de efecto pequeño, y por tanto, poco relevante.



**Tabla 3.** Evaluación de la supresión de pensamientos y rasgos asociados atendiendo al grupo de edad del paciente\*

|                           | Edad (M±DE)           |                      | t (115) |      |     |
|---------------------------|-----------------------|----------------------|---------|------|-----|
|                           | 40-59 años<br>(n= 66) | ≥ 60 años<br>(n= 51) | Valor   | p    | d   |
| Supresión de pensamientos | 48,38±17,85           | 48,49±20,60          | ,031    | ,975 | -   |
| Comunicativo-reservado    | 3,15±2,40             | 2,90±2,43            | ,554    | ,581 | -   |
| Relajado-tenso            | 3,61±2,18             | 3,16±2,26            | 1,806   | ,280 | -   |
| Sereno-emotivo            | 3,65±2,64             | 2,63±2,17            | 2,241   | ,027 | ,42 |

\* Fueron excluidos de esta comparación 4 pacientes comprendidos en un rango de edad de 36 hasta 39 años.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten afirmar que dentro de las repercusiones psicológicas de la enfermedad, reportadas por los participantes en el estudio, los pensamientos intrusos solo se encuentran asociados al malestar emocional que la enfermedad genera. En este sentido, se ha podido comprobar en otros estudios que los pacientes diabéticos tienen mayor probabilidad de sufrir serios problemas psicológicos asociados al malestar emocional, que sus contrapartes no diabéticos.<sup>39,40</sup>

Cuando se analiza el hecho de que el 25 % de los pacientes no refirió ninguna repercusión psicológica asociada a su padecimiento, pudiera pensarse en pacientes que han aceptado su enfermedad a partir de adecuadas estrategias de afrontamiento, en las cuales pudiera haber incidido el apoyo social percibido, los servicios de salud u otros factores. De igual manera, el hecho de que solo 49 pacientes refieren dificultades para controlar sus pensamientos intrusos, pudiera deberse al empleo de las estrategias adaptativas mencionadas con anterioridad. Estos elementos pudieran ser objeto de análisis en estudios posteriores.

Se resalta que las dificultades para controlar los pensamientos intrusos están fuertemente asociadas a las urgencias negativas, definidas como la tendencia de las personas a actuar de forma impulsiva en situaciones de intenso malestar emocional.<sup>41</sup> Ello cobra mayor sentido en la DM 2 si se toma en consideración que el impacto emocional negativo se hace patente desde el propio momento del diagnóstico.<sup>12,13</sup>

Los resultados del estudio también sugieren que los pensamientos intrusos (tomando en consideración las dificultades para su control), podrían ser más frecuentes en los hombres, y estar fuertemente asociados a las vivencias de malestar emocional, cuestión que pudiera sugerir una contradicción, si se considera que son las mujeres en las que el malestar emocional suele ser mayor.<sup>39</sup>

Este aumento de los pensamientos intrusos asociados a un mayor malestar emocional en hombres diabéticos, pudiera estar asociado al hecho de que se ha reportado que los hombres con DM ven cuestionados sus valores dentro de la productividad, también la reproducción, y pueden aparecer, con mayor frecuencia, reflexiones acerca de cómo los cuidados y preocupaciones de salud resultan

incongruentes con sus definiciones de masculinidad, en la medida en que se construyen a sí mismos en términos de "carga" para los demás. De igual manera, la menor presencia de pensamientos intrusos en las mujeres con DM, pudiera estar asociada a su mayor legitimidad discursiva para expresar sus preocupaciones.<sup>14</sup>

En este sentido, debe ser aclarado que el malestar emocional puede ser vivenciado, expresado y manejado de múltiples maneras, en lo que, ciertamente, pueden influir el género y otras variables; pero la menor presencia de pensamientos intrusos encontrados en las mujeres de la muestra, no niega la presencia de malestar emocional en ellas. Al respecto, resulta necesario destacar que las mujeres tienden a seguir un patrón predominantemente rumiativo, para regular el impacto emocional de sus intrusiones.<sup>21,42</sup>

Otro elemento a destacar resulta de la asociación lineal inversa entre los pensamientos intrusos y el nivel de escolaridad de los pacientes evaluados. En la DM el bajo nivel de escolaridad es considerado como un importante factor de riesgo.<sup>6,43,44</sup> Al respecto, se ha observado que individuos con bajo nivel de escolaridad suelen ser más fatalistas con respecto a la enfermedad,<sup>45</sup> y reportar un mayor malestar emocional,<sup>39</sup> por tanto, resulta probable que puedan experimentar una mayor cantidad de pensamientos intrusos y urgencias negativas que les impidan su adecuado control.

Aun cuando un elevado número de participantes reportaron sentirse preocupados por la enfermedad, no se observaron asociaciones entre esas preocupaciones y el reporte de los pensamientos intrusos. En este sentido, las diferencias de género podrían aportar una explicación, dado que los pensamientos intrusos fueron mayormente reportados por los hombres en este estudio. Por otro lado, se ha sugerido que la preocupación es una forma de evitación cognitiva, que posibilita una distracción de otros pensamientos, igualmente importantes, que generan mayor malestar.<sup>46</sup>

Dentro de rasgos asociados se encontraron diferencias en el reporte de pensamientos intrusos y los indicadores de neuroticismo: relajado-tenso y sereno-emotivo. De los resultados se puede inferir que aquellos pacientes con pensamientos intrusos recurrentes, se calificaron como más tensos y emotivos, que aquellos que no los reportaron. Se ha observado que la tendencia a experimentar pensamientos intrusos, es un mecanismo a través del cual los rasgos asociados al neuroticismo ejercen su influencia sobre el desempeño cognitivo.<sup>47</sup>

La tensión como rasgo de personalidad describe a sujetos tensos, presionados, sobreexcitados, "aplastados" por los acontecimientos y agobiados. En este sentido es lógico pensar que un individuo con estas características pueda ser más proclive a tener pensamientos intrusos. Los sujetos emotivos, contrarios a los que se describen como serenos, son individuos con poca estabilidad emocional y muy volubles, razones que también pudieran definir un mayor reporte de los pensamientos intrusos.

Los resultados referidos en el párrafo previo se complementan al observar que la supresión de pensamientos solo mostró una relación positiva y significativa con ambos indicadores de neuroticismo. Sin embargo, debe señalarse que solamente una autoimagen que oscila en el polo relajado tenso, resultó el mejor predictor del uso de la supresión de pensamientos, aunque con un efecto mediano.

El efecto que tiene la presencia de los pensamientos intrusos recurrentes y las dificultades para su control sobre el uso de la supresión de pensamientos, pueden calificarse como grande. Ello resulta consistente tanto con los postulados

revisados,<sup>48,49</sup> como con su constatación empírica.<sup>23</sup> Estos datos demuestran cuán ineficaces somos a la hora de detener un pensamiento intruso, concentrarnos y evitar un estado de ánimo negativo; y cómo los intentos por suprimir un pensamiento hace que rebote a la conciencia el material que se desea suprimir, generando, por tanto, este grado de dificultad que manifiestan los sujetos evaluados.<sup>49</sup>

El análisis de los pensamientos intrusos y su supresión reveló particularidades asociadas a determinantes sociodemográficos y psicológicos que podrían contribuir al logro de una mejor comprensión y tratamiento de la DM 2. Por tanto, puede afirmarse que es necesario educar al paciente con diabetes en el uso de otras estrategias cognitivas de regulación, más adaptativas que la mera supresión, como pueden ser la distracción, la reevaluación y el control social del pensamiento intruso.<sup>29</sup>

Una de las limitaciones del estudio es que al presentar la subjetividad humana en términos de rasgos, variables y dimensiones, se alude a un diagnóstico clasificatorio que limita la comprensión de los aspectos más dinámicos de la personalidad. Sin embargo, en aras de los objetivos del estudio y el tamaño de la muestra, resultó necesario partir de la consideración de que todo sujeto, a partir de su autoconocimiento y autovaloración, puede describirse según una serie de rasgos o características de personalidad.

Otra de las limitaciones es que en la revisión realizada no se encontraron estudios sobre esta temática en pacientes aquejados por una enfermedad crónica no transmisible, y en especial la DM, a fin de aportar suficientes elementos en la discusión de los resultados. De igual forma, se considera como una limitación del estudio el hecho de que no se exploraron los contenidos de los pensamientos intrusos en los pacientes con DM.

A pesar de estas limitaciones, el estudio pudiera servir de base para futuras investigaciones sobre los pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos, no solo en la DM, sino también, en otras enfermedades crónicas. De igual manera, tales hallazgos pudieran ser tenidos en cuenta para el diseño de intervenciones que busquen aliviar la repercusión psicológica de la DM o el malestar emocional que vivencian los pacientes con pensamientos intrusos.

A modo de conclusión puede afirmarse que la preocupación por la enfermedad fue la repercusión subjetiva reportada por la mayoría de los pacientes. Se encontró que los pensamientos intrusos suelen ser frecuentes en los pacientes estudiados, y que son difíciles de controlar, implican un mayor uso de la supresión de pensamientos, y su reporte de se encuentra mayormente asociado al bajo nivel de escolaridad y al sexo masculino, en este último caso, en interacción con el malestar emocional que generan. Igualmente, suelen reportarlo, en mayor medida, aquellos individuos que tienden a considerarse tensos y emotivos. Puede añadirse que mientras más tenso se considera un individuo, más probabilidades existen que utilice la supresión de pensamientos como estrategia de regulación cognitiva. Por último, aunque predominó el reporte de preocupaciones por la enfermedad, estas no se asociaron a la presencia de pensamientos intrusos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escalante M, Gagliardino JJ, Rosas-Guzmán J, Tschiedel B. Call-to-action: timely and appropriate treatment for people with type 2 diabetes in Latin America. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;104(3):343-52.
2. Hernández JA. Diabetes mellitus, hacia dónde vamos y cómo enfrentarla en el siglo XXI. *Rev Cubana Endocrinol.* 2013;24(1):1-2.
3. Domínguez E. Edad de ocurrencia de los fallecimientos por diabetes en Cuba. *Rev Cubana Endocrinol.* 2013;24(1):3-17.
4. Sabourin BC, Pursley S. Psychosocial Issues in Diabetes Self-Management: Strategies for Healthcare Providers. *Can J Diabetes.* 2013;37:36-40.
5. Domínguez Alonso E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol.* 2013;24(2):200-13.
6. Rasmussen NH, Smith SA, Maxson JA, Bernard ME, Cha SS, Agerter DC, et al. Association of HbA1c with emotion regulation, intolerance of uncertainty, and purpose in life in type 2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes.* 2013;7:213-21.
7. Eriksson AK, Gustavsson JP, Hilding A, Granath F. Personality traits and abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012;95:145-52.
8. Nefs G, Pouwer F, Pop V, Denollet J. Type D (distressed) personality in primary care patients with type 2 diabetes: validation and clinical correlates of the DS14 assessment. *J Psychosom Res.* 2012;72:251-7.
9. Hyphantis T, Goulia P, Carvalho AF. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *J Psychosom Res.* 2013;75:362-9.
10. Gois C, Barbosa A, Ferro A, Santos AL, Sousa F, Akiskal H, et al. The role of affective temperaments in metabolic control in patients with type 2 diabetes. *J Affective Disorders.* 2011;134:52-8.
11. Gois C, Akiskal H, Akiskal K, Figueira ML. The relationship between temperament, diabetes and depression. *J Affective Disorders.* 2012;142(S1):S67-S71.
12. Wilkinson E, Randhaw G, Singh M. What's the worry with diabetes? Learning from the experiences of White European and South Asian people with a new diagnosis of diabetes. *Prim Care Diabetes.* 2013;8(3):181-6.
13. Querstret D, Cropley M. Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:996-1009.
14. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol.* 2012;23(1):76-97.
15. García R, García M, Suárez R, Domínguez E. Problemática laboral en un grupo de personas con diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol.* 2009;20(3):89-103.

16. Radomsky AS, Alcolado GM, Abramowitz JS, Alonso P, Belloch A, Bouvard M. You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(3):269-79.
17. Najmi S, Riemann BC, Wegner DM. Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behav Res Ther*. 2009;47:494-503.
18. Clark DA, Inozu M. Unwanted Intrusive Thoughts: Cultural, Contextual, Covariational, and Characterological Determinants of Diversity. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(2):195-204.
19. Kühn S, Vanderhasselt MA, De Raedt R, Gallinat J. Why ruminators won't stop: The structural and resting state correlates of rumination and its relation to depression. *J Affective Disorders*. 2012;141(2-3):352-60.
20. Kross E, Ayduk O, Mischel W. When Asking "Why" Does Not Hurt: Distinguishing Rumination From Reflective Processing of Negative Emotions. *Psychol Sci*. 2005;16(9):709-15.
21. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychol Sci*. 2008;3(5):400-24.
22. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *J Personal Soc Psychol*. 1994;6(4):615-40.
23. Magee JC, Harden KP, Teachman BA. Psychopathology and thought suppression: a quantitative review. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(3):189-201.
24. Petrie KJ, Booth RJ, Pennebaker JW. The immunological effects of thought suppression. *J Personal Soc Psychol*. 1998;75(5):1264-72.
25. Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther*. 1994;32:871-8
26. Moore EL, Abramowitz JS. The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behav Res Ther*. 2007;45:1949-55.
27. Rodríguez Martín BC, Cárdenas Rodríguez R, Molerio Pérez O. Predictores de la supresión de pensamientos en jóvenes y adultos mayores: preocupación y vivencias. *Pensando Psicología*. 2012;8(14):19-27.
28. Rodríguez Martín BC. Esencias Florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados. *Rev Cubana Invest Biomed*. 2012;32(2):243-52.
29. Rodríguez Martín BC, Moritz S, Molerio Pérez O, Gil Pérez P. Effectiveness of Association Splitting in Reducing Unwanted Intrusive Thoughts in a Nonclinical Sample. *Behav Cogn Psychoth*. 2013;41(4):433-40.
30. Rodríguez Martín BC, Gómez Quintana A, Díaz Martínez G, Molerio Pérez O. Bibliotherapy and Food Cravings Control. *Appetite*. 2013;65(1):90-5.

31. Wilkinson A, Whitehead L, Ritchie L. Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:111-22.
32. Strychar I, Elisha B, Schmitz N. Type 2 Diabetes Self-Management: Role of Diet Self-Efficacy. *Can J Diabetes*. 2012;36:337-44.
33. Davies M. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine*. 2010;30:607-9.
34. Montero I, León O. Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7(3):847-62.
35. Rodríguez Martín BC. Estructura factorial y confiabilidad del *White Bear Suppression Inventory* en una muestra de adultos mayores de las provincias centrales de Cuba. *Rev Cubana Psic*. 2010;23(1):40-5.
36. Rodríguez Martín BC, Molerio Pérez O, Martínez Rodríguez L, González Paneca C, Brito Salas T, Navarro Otero S. Estructura factorial, confiabilidad y validez del Inventario de Supresión del Oso Blanco en una muestra de población general en Cuba. ACUPSI. 2013. (en prensa).
37. Hernández Sampieri R, Hernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. México DF: Mc-Graw Hill; 2006. p. 266-86.
38. Ledesma RD, Macbeth G, Cortada de Cohan N. Computing Effect Size Measures with ViSta: The Visual Statistics System. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2009;5(1):25-34.
39. Shin JK, Chiu YL, Choi S, Cho S, Bang H. Serious psychological distress, health risk behaviors, and diabetes care among adults with type 2 diabetes: The California Health Interview Survey 2007. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012;95:406-14.
40. Smith KJ, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G, et al. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2013;74(2):89-99.
41. Gay P, Schmidt RE, Van der Linden M. Impulsivity and Intrusive Thoughts: Related Manifestations of Self-Control Difficulties? *Cogn Ther Res*. 2011;35:293-303.
42. Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender differences in rumination. *Psychol Women Quart*. 2001;25:37-47.
43. Dorman JS, Valdez R, Liu T, Wang C, Rubinstein WS, O'Neill SM, et al. Health beliefs among individuals at increased familial risk for type 2 diabetes: implications for prevention. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012;96(2):156-62.
44. Williams SA, Shi L, Brennehan SK, Johnson JC, Wegner JC, Fonseca V. The burden of hypoglycemia on healthcare utilization, costs, and quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *J Diabetes Complicat*. 2012;29:399-406.
45. Sansbury B, Dasgupta A, Guthrie L, Ward M. Time perspective and medication adherence among individuals with hypertension or diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 2014;95(1):104-10.

46. Fergus TA, Wu KD. Is worry a thought control strategy relevant to obsessive-compulsive disorder? *J Anxiety Disord.* 2010;24:269-74.
47. Muñoz E, Sliwinski MJ, Smyth JM, Almeida DM, King HA. Intrusive thoughts mediate the association between neuroticism and cognitive function. *Pers Individ Differ.* 2013;55:898-903.
48. Wegner DM. When the antidote is the poison. *Ironic Mental Control Processes.* *Psychol Sci.* 1997;8(3):148-50.
49. Wegner DM. How to think, say or do precisely the worst thing for any occasion. *Science.* 2009;325(48):48-50.

Recibido: 25 de marzo de 2014.  
Aprobado: 26 de julio de 2014.

*Yaritza García Ortiz.* Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Carretera Acueducto y Circunvalación. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [yaritzago@ucm.vcl.sld.cu](mailto:yaritzago@ucm.vcl.sld.cu)