



Avances en Psicología Latinoamericana

ISSN: 1794-4724

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Jiménez Chafey, María I.; Dávila, Mariel

Psicodiabetes

Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 25, núm. 1, 2007, pp. 126-143

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902512>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicodiabetes

MARÍA I. JIMÉNEZ CHAFEY*

Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico

Y

MARIEL DÁVILA

Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico

Abstract

This article illustrates a brief summary about diabetes. It discusses the types of this disease, the ways of treating it and the role that psychology plays in its treatment. It also shows a revision of the literature concerning the relationship between diabetes and the presence of psychological disorders such as: depression, anxiety and eating disorders. Important matters about the diagnosis and treatment of psychological disorders in diabetic adults, as well as clinical and research recommendations for health psychology are also found in this article.

Key words: diabetes, psychological disorders, depression, anxiety, eating disorders.

Resumen

En este artículo se presenta un resumen breve sobre lo que es la diabetes, los tipos de diabetes y su tratamiento, y el rol de la psicología en el cuidado de la misma. Se revisará la literatura existente sobre la relación entre sufrir diabetes y la presencia de desórdenes psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria.

Además, se discutirán asuntos importantes que se deben considerar en el diagnóstico y tratamiento de desórdenes psicológicos en las personas adultas con diabetes, así como también recomendaciones clínicas e investigativas para el campo de la psicología de la salud en torno a esta enfermedad.

Palabras clave: diabetes, desórdenes psicológicos, depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria.

Introducción

En las pasadas dos décadas, la comunidad científica-médica ha presentado mayor interés e investigación en relación con la conexión entre la mente y el cuerpo, tanto en la salud física como la psicológica, y en cómo estas interactúan en el bienestar general de la persona.

A raíz de este movimiento hacia la integración de la mente y el cuerpo en la salud, se está reconociendo que el cuidado de la salud debe ser interdisciplinario e incluir profesionales de la salud mental.

Los/as psicólogos/as están comenzando a jugar un rol integral en ayudar a las personas a modificar su conducta, para así prevenir y reducir el riesgo de enfermedades, particularmente las crónicas como la diabetes.

La diabetes mellitus es un problema serio de salud, cuya prevalencia es alta y parece estar en continuo aumento. Se estima que en el 2000 la prevalencia mundial de diabetes fue del 2,8% y se proyecta que para el 2030 esa cifra se va a duplicar (Wild et al., 2004). Estas estadísticas muy probablemente subestiman su prevalencia, ya que aproximadamente

* Correspondencia: María I. Jiménez Chafey. 609 Calle Cuevillas, Apto. 1-B, San Juan, Puerto Rico 00907. Correos electrónicos: mijimenez@uprrp.edu o marisabeljc@yahoo.com.

el 50% de las personas que tienen diabetes no lo saben (International Diabetes Federation, 2005).

En Estados Unidos la prevalencia de diabetes es del 7,0%, siendo el tercer país con mayor prevalencia, luego de India y China (Wild et al., 2004). Otros estudios reflejan que los/as latinos/as sufren más de diabetes que la población general de Norteamérica (Harris, 1991; McBean, Li, Gilbertson & Collins, 2004), y en la población mexicano-americana y puertorriqueña, esta enfermedad es hasta 2 a 3 veces más común (Flegal *et al.*, 1991). Para el año 2000, en Latinoamérica y el Caribe se estimó que sobre 19 millones de personas la padecen (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

La diabetes se ha convertido en un problema serio de salud pública que va en aumento tanto en la población de edad avanzada como en niños/as y adolescentes. Como en toda enfermedad física, el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y transcurso de la enfermedad.

Esto es cierto más aún para la diabetes, ya que esta requiere que el/la paciente realice múltiples tareas de autocuidado diariamente, las cuales dependen del conocimiento y la motivación del/la paciente por realizarlas. En cambio, no realizarlas puede llevar al/la paciente a sufrir complicaciones médicas, lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa y temor.

Ciertamente, padecer de una enfermedad crónica como lo es la diabetes puede aumentar el estrés psicológico que experimentan las personas que la padecen, y a su vez aumenta el riesgo de sufrir algún trastorno mental como la depresión.

En este artículo se presentará un resumen breve sobre lo que es la diabetes, los tipos de diabetes y su tratamiento, y el rol de la psicología en el cuidado de la misma. Se revisará la literatura existente sobre la relación entre padecer de diabetes y la presencia de desórdenes psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad y los trastornos alimentarios.

Además, se discutirán asuntos importantes que se deben considerar en el diagnóstico y tratamiento de desórdenes psicológicos en las personas con diabetes. La diabetes en la niñez y la adolescencia y la psicología de la misma es un tema de estudio abarcador y que difiere en muchos aspectos de la

experiencia en adultos, por lo cual este artículo se limitará a presentar la diabetes en adultos.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una condición crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemia o exceso de glucosa en la sangre (Organización Panamericana de la Salud, 2001). La insulina es una proteína producida por el páncreas que ayuda al cuerpo a utilizar o almacenar la glucosa de la comida.

Esta proteína transforma el azúcar, el almidón y otros compuestos orgánicos provenientes de la comida en la energía necesaria para el funcionamiento del cuerpo. Si la glucosa no puede entrar a las células y tejidos que la necesitan, se acumula en la sangre y produce una serie de efectos negativos en el cuerpo. Aunque no hay una causa identificada para la diabetes, ambos factores genéticos y ambientales tales como los genes DR-3 y DR-4, obesidad y falta de ejercicio, respectivamente, aparentan contribuir al desarrollo de la misma.

Complicaciones. Las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de padecer diabetes pueden ser agudas y crónicas o a largo plazo (American Diabetes Association, 2002). Las complicaciones agudas son hiperglucemia, hipoglucemia y cetoacidosis diabética. La hipoglucemia ocurre cuando hay muy poca glucosa en la sangre lo cual puede ocurrir por exceso de insulina, insuficiente comida o ejercicio excesivo.

Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. Algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia.

La hiperglucemia es una complicación común, causada por falta de insulina y/o ingestión excesiva de alimentos. Algunos síntomas de la hiperglucemia son letargo, sed, poliuria y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidosis diabética, la complicación aguda más seria.

La cetoacidosis diabética es una deficiencia relativa o absoluta de insulina junto a una elevación en hormonas de estrés que, en cambio, aumentan los niveles de glucosa en la sangre. Algunos síntomas de cetoacidosis son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, náusea, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación.

La cetoacidosis requiere hospitalización y tratamiento intensivo de supervisión médica continua. El paciente puede estar despierto, soñoliento o alcanzar un estado comatoso. La complicación más seria del tratamiento es el edema cerebral y otros insultos al sistema nervioso central.

Las complicaciones a largo plazo o crónicas aumentan en severidad dependiendo del nivel de control de glucosa que la persona ha mantenido a través de su enfermedad. A largo plazo las más comunes son la retinopatía (problemas visuales), la nefropatía (daño o fallo renal), neuropatía y enfermedades cardiovasculares. De igual modo, las amputaciones, las enfermedades dentales, las complicaciones en el embarazo y la disfunción sexual son relacionadas *al diagnóstico de diabetes*.

Tipos de diabetes. Actualmente, la diabetes se clasifica en tres categorías: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (International Diabetes Federation, 2005). La diabetes mellitus tipo I (DMT1), conocida también como diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes juvenil, se debe al daño a las células betas en el páncreas, lo cual ocasiona una deficiencia absoluta de insulina. Este tipo de diabetes por lo general se diagnostica antes de los 40 años de edad y aproximadamente entre el 5 y 10% de los casos de diabetes son de este tipo.

Por otro lado, la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y la diabetes gestacional se deben primordialmente a una deficiencia relativa de insulina causada por una resistencia a la misma, lo cual ocasiona una secreción inadecuada de esta para compensar por esta resistencia. La DMT2 por lo general se diagnostica en la adultez, aunque se está comenzando a presentar con mayor frecuencia en niños y adolescentes (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Algunos factores asociados a la DMT2 son: edad avanzada, obesidad, estilo de vida sedentario

e historial familiar de diabetes. La diabetes gestacional se diagnostica durante el embarazo y por lo general se resuelve luego del alumbramiento. Sin embargo, las mujeres con diabetes gestacional tienen una mayor probabilidad de padecer de DMT2 más adelante en sus vidas.

Tratamiento. Actualmente no hay una cura para la diabetes, pero sí existen tratamientos para controlar los niveles de glucosa en la sangre. El tratamiento diario para los tres tipos de diabetes consiste en medicamentos, un plan de alimentación y de ejercicio o actividad física y automonitoreo de glucosa en la sangre (American Diabetes Association, 2002). En la DMT1, la persona requiere de inyecciones diarias de insulina o de una bomba de infusión de insulina.

Las personas con DMT2 por lo general toman medicamentos orales, aunque en algunas ocasiones pueden controlar la glucosa en la sangre mediante ajustes en la dieta y el ejercicio. Hay algunos pacientes de DMT2 que pueden llegar a requerir de inyecciones de insulina. En adición, los/as pacientes de diabetes deben realizarse exámenes de laboratorio varias veces al año y asistir a varias visitas anuales con diferentes profesionales de la salud como el endocrinólogo, nutricionista, educador en diabetes.

Impacto psicológico de la diabetes

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes (Edelwich & Brodsky, 1998). Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes.

Las personas con DMT1 por lo general son diagnosticadas por una crisis médica (ej. cetoacidosis), lo cual tiene un impacto significativo en términos de la percepción de su salud y la urgencia con que se tiene que comenzar el tratamiento. La DMT2 por lo general se diagnostica en visitas al médico rutinarias, o por quejas somáticas (ej. cansancio, visión borrosa), y la percepción del paciente sobre la seriedad del diagnóstico puede ser menor por la menor severidad de los síntomas y el tratamiento

menos invasivo (ej. inyecciones de insulina vs. medicamentos).

Por ende, la forma en que los/as profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes va a ser bien importante, tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico.

Se ha comprobado y ya es de conocimiento popular que el estrés interfiere con el aprendizaje. Por dicha razón, es importante ayudar al/la paciente a manejar adecuadamente el impacto emocional del diagnóstico, con el fin de poder comenzar con la educación en diabetes que va a requerir el/la paciente para manejar su condición.

Se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente, ya que constantemente a lo largo de un día el/la paciente debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos/as investigadores/as a cuestionarse cuál es el impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida.

Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional (Rubin, 2000).

Las investigaciones que comparan la calidad de vida reportada por adultos con diabetes y la población en general en su mayoría demuestran que adultos con diabetes con frecuencia reportan peor calidad de vida (Rubin, 2000). Por otro lado, se ha encontrado que una mejor calidad de vida en adultos con diabetes está asociada con mayor apoyo social, autoeficacia, actividad física y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos (Delamater, 2000).

La diabetes puede representar un estrés psicosocial que predispone a las personas con diabetes a

presentar desórdenes psicológicos, como la depresión, o particularmente a largo plazo, la “quemazón” en relación a la diabetes. Más adelante se discutirán los desórdenes psicológicos en los pacientes con diabetes.

La quemazón es un término que usa Polonsky (1999) en su libro para explicar algunas características en común que pueden presentar los/as pacientes de diabetes cuando se sienten abrumadas o sobrecargadas por la diabetes y por la frustración de la carga del autocuidado, y que pueden comenzar a interferir con el cuidado y el control de la enfermedad.

Algunas de las características más comunes de quemazón en un paciente de diabetes son: preocuparse de que no se está cuidando lo suficientemente bien, reconocer que el cuidado es importante para su salud, pero no tener la motivación para hacerlo, dejar algunos aspectos del cuidado (ej. se monitorea menos, no asiste a citas regulares con el médico, descuida la dieta), sentirse con coraje y frustración hacia la diabetes, sentir que la diabetes está controlando su vida y decirse a sí mismo/a que el manejo no es tan importante o que no va a hacer diferencia en el futuro.

Por esto el apoyo psicológico al/la paciente de diabetes a lo largo de su enfermedad es importante para prevenir y/o minimizar el impacto que puede generar la quemazón en su salud y bienestar.

La psicología y la diabetes

En la última década se han realizado varias investigaciones que han comprobado que mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercano a los niveles normales previene y/o retrasa la aparición de las complicaciones asociadas a la diabetes (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993).

Estas investigaciones han reforzado la necesidad de que los pacientes de diabetes mantengan los niveles de glucosa dentro de los parámetros recomendados mediante un tratamiento más intensivo. Este consiste en un mayor número de inyecciones diarias de insulina (3-5 veces) como también de pruebas de glucosa en sangre (4-8 veces), junto con un seguimiento médico más frecuente del paciente y su tratamiento (DCCT, 1993).

Por ende, las expectativas en cuanto a tareas de autocuidado y educación en diabetes aumentan para los/as pacientes, y a su vez, este tratamiento intensivo requiere que los/as profesionales de la salud inviertan mayor tiempo y esfuerzo en educar y ofrecer seguimiento al/la paciente.

De igual forma, el modelo de cuidado de la diabetes ha cambiado a ser uno más enfocado en el apoderamiento del paciente y menos basado en el modelo médico tradicional donde el doctor receta y el paciente cumple con el tratamiento (Anderson *et ál.*, 2000). Este cambio en el modelo de tratamiento responde a hallazgos de investigaciones y de la experiencia clínica de los/as profesionales de la salud que trabajan con personas con diabetes.

Este régimen de tratamiento de control intensivo de la diabetes, que luego del DCCT se ha convertido en el estándar de tratamiento, requiere mayores esfuerzos y cambios de conducta de parte del paciente. Además, tanto investigaciones como la experiencia clínica han revelado que el tener conocimiento sobre la diabetes no es suficiente para producir cambios de conducta en los/as pacientes y aumentar el cumplimiento con el tratamiento. Existen otras variables mediadoras que influyen grandemente en el cumplimiento del tratamiento de la persona con diabetes.

Variables asociadas al cuidado de la diabetes

Múltiples variables individuales se han identificado como asociadas al cumplimiento con el tratamiento o automanejo de la diabetes (Gatchel & Oordt, 2003; Glasgow *et ál.*, 1999; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Decci, 2004). Entre las más citadas en la literatura están el conocimiento y las destrezas asociadas al manejo de la diabetes, la autoeficacia específica a la diabetes, el locus de control interno, las creencias acerca de la salud, el bienestar emocional, la motivación, la disposición hacia el cambio y los estilos de afrontamiento al estrés (tanto fisiológicos como conductuales y cognitivos).

Por otro lado, algunas de las barreras principales que enfrentan los/as pacientes en el cumplimiento del tratamiento son la falta de educación y destrezas en el manejo de la enfermedad, la complejidad e

inconveniencia del tratamiento, que dificulta que se mantenga por largos períodos de tiempo, la falta de refuerzos inmediatos visibles (ej. prevención de complicaciones a largo plazo), la falta de comunicación efectiva con los profesionales de la salud y los altos costos del cuidado (Gatchel & Oordt, 2003; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002).

Existen variables sociales y ambientales que se han asociado al automanejo de la diabetes, pero la literatura en esta área es más escasa (Gatchel & Oordt, 2003; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002). Aunque hay algunos estudios que sugieren que el apoyo familiar tiene un impacto en la patología, el rol de la familia en su automanejo no ha recibido mucha atención.

Esto sugiere la necesidad de investigación en esta área, particularmente debido al hecho de que en muchas culturas, como la latinoamericana, la familia tanto nuclear como extendida se involucra más en la vida cotidiana del paciente que en culturas como la anglosajona.

A la luz de la multiplicidad de factores que influyen en el control de la diabetes y las conductas de autocuidado que realizan las personas que la padecen, se empieza a reconocer en el campo de la salud que los programas de educación en esta enfermedad deben ser reconceptualizados como programas de entrenamiento en el automanejo, donde se entiende que el paciente es quien tiene el rol principal en el control de su diabetes y donde los/as profesionales de la salud son consultores/as y colaboradores/as (Anderson *et ál.*, 2000; Glasgow *et ál.*, 2001).

El propósito principal de los programas de entrenamiento en automanejo de la diabetes es maximizar el conocimiento sobre las destrezas, la autoconciencia y el sentido de autonomía y confianza en el/la paciente para que este/a pueda hacerse cargo de su salud.

Las metas para el cuidado de la diabetes las establece el/la paciente en consultoría con el/la profesional de la salud y están basadas en las características, fortalezas y debilidades individuales del/la primero/a. Estudios han revelado una asociación positiva entre la participación del paciente en el diseño de su plan de tratamiento y las conductas de autocuidado de la diabetes (Anderson *et ál.*, 2000; Glasgow *et ál.*, 1999).

El rol del/la psicólogo/a

Este reconocimiento del importante rol de las actitudes y la conducta del paciente en el cuidado de la diabetes hace que se empiece a dar valor a las ciencias de la conducta y la psicología en el tratamiento de esta enfermedad. Más allá del/la psicólogo/a como consultor/a externo/a al/la que se refieren los/as pacientes que están teniendo dificultades emocionales o conductuales o se sospecha un trastorno mental, este/a se comienza a visualizar como un/a profesional de la salud importante en el equipo multidisciplinario que atiende a personas con diabetes.

Aun cuando la comunidad científica y los/as profesionales de la salud han aceptado la importancia de la psicología en el tratamiento de esta patología, todavía la posición del/la psicólogo/a no ha sido integrada activamente como parte del equipo de tratamiento primario del paciente con diabetes en muchas clínicas y hospitales.

Sin embargo, se recomienda que las intervenciones del/la psicólogo/a se realicen en el ámbito médico, ya sea en la oficina o clínica donde ejerce el médico especialista en diabetes, por múltiples razones (Glasgow & Eakin, 2000). Entre ellas, la principal es que los/as pacientes no son consistentes en el seguimiento a los referidos que reciben para servicios psicológicos, ya sea por el costo, la falta de conocimiento sobre la naturaleza de los servicios, la inconveniencia de tener una cita adicional y el estigma asociado a visitar a un profesional de la salud mental.

No obstante, los/as pacientes tienen visitas regulares con su médico y otros/as profesionales de la salud, por lo cual la oficina o la clínica es el lugar idóneo para realizar intervenciones conductuales, ya que el/la paciente está familiarizado/a con el lugar, allí se puede intervenir con un número mayor de pacientes con diabetes, el médico ofrece credibilidad y apoyo al referido al psicólogo/a y los/as pacientes están en mayor disposición a escuchar y aprender. Glasgow y Eakin (2000) en su revisión de literatura sobre intervenciones conductuales y de consejería basadas en la oficina del médico sugieren que estas intervenciones aparentan ser muy efectivas con la mayoría de los/as pacientes de diabetes.

Por otro lado, muchos/as médicos/as aún no reconocen la importancia y la efectividad de las intervenciones psicosociales con esta población, por lo cual se resisten a realizar referidos y apoyar los esfuerzos en esta área. En adición, los profesionales de la salud (dietistas, enfermeras, educadores) frecuentemente no se sienten cómodos realizando consejería e intervenciones conductuales por la falta de entrenamiento en ese aspecto.

Por dicha razón, los/as psicólogos/as deben ser parte integral del equipo multidisciplinario que trabaja con el/la paciente con diabetes para servir tanto de apoyo a los/as pacientes, como a los/as profesionales que trabajan con ellos/as.

El/la psicólogo/a puede intervenir en evaluaciones iniciales y en el continuo cuidado de un/a paciente prestando atención a múltiples áreas como: manejo y aceptación del diagnóstico; manejo de las complicaciones; establecimiento de metas apropiadas y alcanzables; factores culturales, educativos, económicos y de estilo de vida; identificación y manejo de conductas de alto riesgo (uso de tabaco, alcohol, control de natalidad); manejo de dificultades en la adherencia con el tratamiento; y en lo concerniente a desórdenes mentales y su tratamiento (Gatchel & Oordt, 2003).

El/la psicólogo/a además puede servir de consultor/a y adiestrador/a del personal clínico en asuntos relacionados con la consejería, la modificación de conducta y el tratamiento de los desórdenes mentales. Así como también puede ayudar a adecuar las intervenciones del personal al modelo de apoderamiento del paciente, tomando en consideración las variables mencionadas como barreras o facilitadoras del automanejo de la diabetes.

Aun cuando el/la psicólogo/a no ha sido integrado como parte formal del equipo multidisciplinario que atiende pacientes de diabetes en las clínicas especializadas, hay varias formas en que el/la psicólogo/a puede ayudar en la integración de la psicología al cuidado primario de esta población (Feifer & Tansman, 1999). La primera es crear visibilidad, hacer contacto con médicos, clínicas, hospitales y asociaciones de diabetes dándose a conocer y ofreciendo sus servicios como profesional adiestrado/a en el manejo de la diabetes.

Es importante definir lo que es el trabajo en equipo con los/as médicos/as y otros/as profesionales en relación con los referidos. Para esto, es importante decidir cómo se va a dar el flujo de información en relación con el paciente, de manera que garantice la confidencialidad y, a su vez, ayude en el manejo del/la paciente. Un modelo de consultoría es útil para tomar estas decisiones.

Otras sugerencias útiles para tomar en consideración cuando se está trabajando en un ámbito médico son ajustar las intervenciones para hacerlas más compatibles con las médicas, haciéndolas más cortas e integradas al flujo de la clínica, y tomar en consideración el punto de vista y entrenamiento de los profesionales de la salud, que muchas veces tiende a ser bien diferente al de los/as psicólogos/as (Glasgow & Eakin, 2000).

Por último, los/as psicólogos/as deben proveer evidencia del beneficio de la psicología en el cuidado de la diabetes, lo cual se puede hacer a través de investigaciones que documentan los resultados de las intervenciones psicosociales.

Intervenciones psicosociales y educativas con pacientes de diabetes

En cuanto a la efectividad de las intervenciones psicológicas con pacientes de diabetes, muchas de las investigaciones son aún estudios descriptivos y/o de eficacia con muestras pequeñas. No obstante, hay varios artículos recientes que incluyen revisiones de las intervenciones psicosociales y conductuales en estos pacientes (Glasgow et al., 1999; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Norris, Engelgau & Narayan, 2001; Steed, Cooke & Newman, 2003; Van der Ven, 2003).

La mayoría de las intervenciones descritas tienen un impacto en múltiples variables como: el automanejo, el apoderamiento, el control glucémico, la calidad de vida, la autoeficacia, las destrezas de afrontamiento, el manejo del estrés, el bienestar emocional y los desórdenes psicológicos como la depresión. Las intervenciones psicológicas dirigidas a tratar desórdenes psicológicos serán descritas posteriormente.

Hay varios estudios que evalúan la efectividad de añadir un componente psicológico de entrenamiento en destrezas de afrontamiento a programas

de educación en diabetes. Bott y sus colegas (2000) incluyeron módulos psicosociales dirigidos al establecimiento de metas y al desarrollo de destrezas de afrontamiento, y encontraron que los/as pacientes reportaron mejorías en la autoeficacia y en su relación con el médico.

No encontraron mejorías en el control glucémico, pero los episodios de hipoglucemia severa disminuyeron. Rubin y sus colegas (1993) usaron un enfoque cognitivo-conductual en el entrenamiento de destrezas de afrontamiento y encontraron mejorías en el bienestar emocional y en el control glucémico, así como también en la frecuencia del monitoreo de la glucosa.

Otros programas también se han basado en enfoques cognitivo-conductuales. Henry y sus colegas (1997) evaluaron un programa cognitivo-conductual de manejo de estrés y encontraron efectos positivos en los autorreportes de estrés y ansiedad, pero no en el control glucémico.

Van der Ven, Chatrou y Snoek (2000) describen una intervención grupal cognitivo-conductual desarrollada por su equipo de trabajo para mejorar las destrezas de afrontamiento y el control glucémico, y los resultados preliminares sugieren que la intervención mejoró el control glucémico y el estrés relacionado con la diabetes. La terapia cognitivo-analítica también se ha utilizado para pacientes con pobre control glucémico y ha demostrado mejorías en las relaciones interpersonales y el control glucémico (Foxbury, Bosley, Ryle, Sonksen & Judd, 1997).

La evaluación de intervenciones de educación en automanejo con pacientes de diabetes muchas veces se dificulta debido a que existe una gama grande de lo que constituye educación en diabetes, desde intervenciones didácticas hasta intervenciones de corte psicoterapéutico.

La tendencia en estudios de automanejo es hacia evaluar el impacto en variables biológicas como control glucémico, en lugar de variables psicológicas (ej. calidad de vida), que han comenzado a tomar mayor importancia como medidas importantes de los resultados de los tratamientos para la diabetes.

Steed, Cooke y Newman (2003) hacen la distinción entre tres tipos de intervenciones: intervenciones para aumentar el conocimiento, intervenciones de

automanejo (que pueden incluir técnicas de desarrollo de destrezas, solución de problemas, cambio de conductas y actitudes, entre otras) e intervenciones psicológicas dirigidas a reducir estados de ánimo negativos, principalmente la depresión y la ansiedad.

Estos autores realizaron una revisión de la literatura sobre el impacto de las intervenciones de automanejo en variables psicosociales, incluyendo depresión, ansiedad, ajuste y calidad de vida, que arrojó 36 estudios. Encontraron que la depresión mejoraba luego de intervenciones mayormente psicológicas; mientras que la calidad de vida, luego de intervenciones de automanejo.

Ninguna de las 36 intervenciones era parte de tratamientos de manejo intensivo con insulina. Los autores enfatizan la importancia de evaluar múltiples variables tanto psicológicas (calidad de vida, bienestar, autoeficacia) como conductuales (frecuencia de monitoreo de glucosa, ingesta de comida) y biológicas (control glucémico, pérdida de peso), para poder determinar el efecto de las intervenciones y así poder diseñar unas más especializadas en atender las necesidades de esta población.

Norris, Engelgau y Narayan (2001) realizaron una revisión sistemática de la efectividad de ensayos controlados de programas de entrenamiento en automanejo con pacientes de diabetes tipo 2 y concluyeron que a corto plazo estas intervenciones producen mejorías en conocimiento, destrezas y control glucémico. Sin embargo, el conocimiento no corresponde a mejorías en el control glucémico ni a destrezas prácticas de automonitoreo de glucosa.

Por esto, sugieren que los cambios en actitudes y motivaciones personales son más efectivos para mejorar el control glucémico que el conocimiento, y que es importante integrar la educación con otras terapias para lograr dicha mejoría. Otras conclusiones significativas fueron que las intervenciones con refuerzos regulares son más efectivas que las intervenciones dadas en una sola ocasión o a corto plazo.

De igual forma, las intervenciones que fomentan la participación y colaboración activa del paciente producen efectos más favorables en el control glucémico y la pérdida de peso que las intervenciones didácticas. La preparación en ciencias de la conducta

de un/a psicólogo/a lo hace un consultor idóneo para integrar estas recomendaciones a las intervenciones que se realizan con los pacientes de diabetes.

Psicopatología y diabetes

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida.

Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia.

El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona con diabetes puede convertirse en un círculo vicioso y en el peor obstáculo para el manejo de su condición; una diabetes poco controlada puede producir respuestas psicológicas negativas que pueden exacerbar la enfermedad.

El padecer una condición crónica como lo es la diabetes tiene efectos no solo físicos, sino psicológicos y emocionales. Entre los efectos físicos se han mencionado los síntomas y las complicaciones que pueden causar cambios en los estados de ánimo, como también cambios en el estatus mental.

A estos efectos, se suman los psicológicos y emocionales de padecer una enfermedad crónica, la incertidumbre acerca de complicaciones futuras y el estrés que puede estar asociado a seguir diariamente un régimen de tratamiento intensivo. Estos efectos, tanto físicos como psicológicos, ponen en riesgo a los/as pacientes con diabetes a sufrir dificultades en el ajuste y hasta problemas psicológicos con mayor frecuencia que las personas que no la padecen (Gavard, Lustman & Clouse, 1993; Jacobson, 1996).

Estudios han demostrado que las personas con diabetes en los Estados Unidos tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de presentar algún trastorno psicológico serio que las personas

sin diabetes (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Lustman & Gavard, 1997). Los diagnósticos mayormente relacionados con la diabetes son la depresión, la ansiedad y los trastornos alimentarios.

Depresión

La depresión mayor, según el DSM-IV-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y el ICD-10 (*International Classification of Diseases*), es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer, que tiene una duración de dos semanas o más.

Algunos síntomas físicos de la depresión son cambios en el sueño y el apetito, fatiga o falta de energía y cambios en el aspecto psicomotor, ya sea agitación o lentitud. Otros síntomas de depresión incluyen sentimientos de minusvalía, impedimento en la capacidad de concentrarse, indecisión y pensamientos recurrentes acerca de la muerte, así como ideación o intentos suicidas.

Estos síntomas causan impedimento marcado clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento social y ocupacional (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2003).

1. Relación entre depresión y diabetes

La depresión aparenta ser uno de los desórdenes mentales que mayor comorbilidad presenta con la diabetes. El estudio más comprensivo sobre la asociación entre la diabetes y la depresión lo llevaron a cabo Anderson y sus colegas (2001). Estos/as investigadores/as realizaron un estudio metaanalítico de 42 investigaciones sobre la comorbilidad entre la diabetes y la depresión, y encontraron que los sujetos con diabetes tenían una probabilidad dos veces mayor de padecer de depresión que los sujetos sin diabetes.

Alrededor de 1 en 4 pacientes con diabetes presentó un cuadro clínico de depresión lo suficientemente severo para ameritar intervención. En este estudio, los/as autores/as reportan que la prevalencia de depresión en las mujeres con diabetes era significativamente mayor que la de los hombres (28% vs. 18%). Múltiples estudios desde entonces reportan cifras parecidas (Goldney *et al.*, 2004; Nichols &

Brown, 2003). En resumen, se estima que aproximadamente el 20% de los hombres con diabetes y el 40% de las mujeres con diabetes van a sufrir algún episodio de depresión en sus vidas (Lustman & Clouse, 2004a).

Existen varias hipótesis que se han propuesto en la literatura científica para explicar la posible relación entre la diabetes y la depresión (Egede & Zheng, 2003; Fisher, Chesla, Mullan, Skaff & Kanter, 2001; Lustman & Clouse, 2004b; Talbot & Nouwen, 2000). Estas van desde visualizar la diabetes como un estresor psicosocial que aumenta el riesgo de presentar depresión hasta explicaciones fisiológicas que asocian la diabetes con la depresión.

Una teoría para explicar la relación entre ellas es que la depresión puede ser una respuesta al estrés psicosocial causado por la diabetes y su manejo (ej. restricciones en la dieta, carga económica, fluctuaciones en el estado de ánimo por los síntomas de la diabetes) (De Groot *et al.*, 2001). Por otro lado, cambios neuroquímicos (alteraciones en ciertos neurotransmisores) y neurovasculares asociados con esta patología sugieren que la depresión en la diabetes puede ser causada por cambios estructurales en el cerebro (Lustman, Griffith & Clouse, 1997).

Ansiedad

La ansiedad, según el DSM-IV-R y el ICD-10, es un conjunto de síntomas característicos que pueden manifestarse tanto en desórdenes específicos de ansiedad (ej. desorden de ansiedad generalizada) como en otros desórdenes mentales (ej. desórdenes de estado de ánimo). Algunos síntomas de ansiedad son nerviosismo, fatiga, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular, disturbios en el sueño, preocupación excesiva o incontrolable y síntomas somáticos (ej. náusea, vómitos, dolor de cabeza).

Los síntomas de ansiedad, usualmente relacionados al estrés, han demostrado estar significativamente asociados con una conceptualización negativa de la diabetes. En particular, una percepción de un número mayor de síntomas presentes, un mayor número de complicaciones y menor control sobre la diabetes (Paschalides *et al.*, 2004).

1. Relación entre ansiedad y diabetes

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, activando el circuito fisiológico característico del estrés. Este circuito fisiológico de estrés existía en los seres humanos primitivos como un mecanismo de supervivencia y fue diseñado para situaciones de estrés a corto plazo.

Cuando percibimos una situación de estrés, el hipotálamo, situado en nuestro cerebro, segrega HLC (hormona liberadora de corticotropina). Esta hormona estimula la glándula pituitaria para que libere ACTH (adrenocorticotropina), que a su vez hace que las glándulas suprarrenales segreguen tres hormonas adicionales: adrenalina, noradrenalina y glucocorticoide.

La adrenalina y la noradrenalina aumentan la presión sanguínea y el ritmo cardíaco, desvían el riego sanguíneo del sistema gastrointestinal a los músculos y aceleran el tiempo de reacción (Harrison *et ál.*, 1987). El cortisol libera glucosa de los depósitos fisiológicos para proporcionar al cuerpo combustible inmediato, lo que aumenta los niveles de glucosa en la sangre.

La activación a largo plazo de este circuito fisiológico provoca enfermedades físicas y psicológicas crónicas y dañinas, como las dolencias cardíacas, las úlceras, la obesidad, las adicciones, la depresión, los desórdenes específicos de ansiedad y la debilitación del sistema inmunológico. Del mismo modo, exacerba enfermedades existentes en la persona, como lo es primordialmente la diabetes, y la predispone al desarrollo de complicaciones relacionadas con la condición.

Estudios han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud (Paschalides *et ál.*, 2004). Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida.

Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios, según el DSM-IV-R y el ICD-10, están caracterizados por disturbios severos en la conducta de comer. La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son los trastornos alimentarios principales dentro de esta categoría, aunque recientemente se está comenzando a reconocer en la literatura el trastorno por atracón como un trastorno alimentario más común de lo que se pensaba, y se está considerando para ser incluido en el DSM.

La anorexia nerviosa se caracteriza por rehusar mantener el peso mínimo normal del cuerpo, un miedo intenso a aumentar de peso, una percepción distorsionada de su cuerpo, el utilizar mecanismos como las dietas bien restrictivas y el ejercicio excesivo para bajar de peso, y la pérdida de tres ciclos de menstruación consecutivos.

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetitivos de ingesta voraz seguidos por conductas compensatorias inapropiadas tales como: vómito inducido, mal uso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, estados de ayuna o ejercicio excesivo.

El trastorno por atracón se caracteriza por dos o más episodios semanales recurrentes de ingesta voraz (ej. 2.000 calorías o más) por un período de tres meses (Fairburn & Brownell, 2002). Estos episodios se caracterizan por: comer en un período de tiempo (ej. dos horas) una cantidad de comida definitivamente mayor de lo que otras personas comerían en circunstancias y tiempo similar, y por un sentido de falta de control sobre su ingesta durante estos episodios (ej. sentir que no puede parar de comer o controlar cuánto y cómo se come).

Además, estos episodios están asociados con comer mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse bien lleno/a, comer cantidades grandes de comida sin sentir hambre física, comer solo/a por vergüenza de la cantidad de comida que está ingiriendo y sentirse disgustado/a consigo mismo/a, deprimido/a, o bien culpable luego de comer. Se piensa que este trastorno puede ser más común de lo esperado en pacientes de DMT2 por la relación entre este tipo de diabetes y la obesidad.

1. Relación entre los trastornos alimentarios y diabetes

La etiología de los trastornos alimentarios es aún desconocida, pero actualmente se piensa que resultan de una interrelación compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Hay distintos estudios que han documentado que los trastornos alimentarios están asociados a esfuerzos de llevar a cabo dietas estrictas y/o mantener un bajo peso irreal, y que el aparente aumento en la tasa de disturbios alimentarios puede ser secundario al énfasis sociocultural sobre la delgadez (Marcus & Wing, 1990).

Fairburn y Steel (1980) reportaron por primera vez la coexistencia de la anorexia nerviosa y la diabetes; mientras que para la misma década la asociación entre bulimia nerviosa y diabetes había sido también reportada (Hillard *et ál.*, 1983). En la población en general la incidencia de anorexia nerviosa ha sido identificada entre el 0,7% y 4,2% de las mujeres.

En cambio, la bulimia nerviosa ha sido identificada en el 4,5% y casi el 20% de las mujeres. Se ha encontrado que los trastornos alimentarios son de 1 a 2 veces más comunes en las personas con diabetes que en la población en general (Marcus & Wing, 1990). Dentro de la población de mujeres con DMT1, la incidencia es similar a la de la población en general y la misma continúa en aumento (Hudson *et ál.*, 1985).

Dentro de las posibles explicaciones para la relación entre trastornos alimentarios y diabetes, se ha identificado que los/as pacientes con diagnóstico de diabetes son constantemente educados/as para mantenerse enfocados en su dieta de manera que puedan controlar su niveles de glucosa en la sangre.

Esta expectativa genera tensión y ansiedad en los pacientes y puede resultar en sentimientos de culpa y fracaso si no cumplen con lo esperado, lo que puede conducir a estos pacientes a llevar a cabo dietas rigurosas y/o comportamientos compensatorios (ej. manipulación de la insulina para perder peso) con el fin de mantener los niveles de azúcar y un peso corporal adecuado (Steel *et ál.*, 1989).

Debido a que la etiología de los trastornos alimentarios permanece aún desconocida, no podemos identificar con certeza que la población con diabetes se encuentra en mayor riesgo. No obstante,

es importante resaltar que dichos trastornos, en conjunto con las conductas asociadas a estos (ej. dietas estrictas, ingesta voraz y la manipulación de insulina), son comunes en la población de mujeres con DMT1; y que tanto los síntomas clínicos como subclínicos relacionados con los trastornos alimentarios pueden afectar el control glucémico (Rubin, 2000).

Por lo tanto, es importante considerar la posibilidad de un trastorno alimentario en cualquier caso en donde exista un pobre control metabólico persistente. La evaluación sobre las actitudes y preocupaciones en torno al peso y la apariencia del cuerpo han resultado de gran utilidad al momento de identificar trastornos alimentarios (Marcus & Wing, 1990).

Consecuencias de los desórdenes psicológicos en pacientes de diabetes

Los desórdenes psicológicos, especialmente la depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, en pacientes de diabetes presentan un riesgo adicional para la salud física y mental del paciente, ya que consistentemente se ha encontrado que estos afectan los niveles de azúcar en la sangre y aumentan el riesgo a sufrir de complicaciones relacionadas con la enfermedad. Se cree que los cambios neuroquímicos que acompañan tales desórdenes pueden tener un efecto directo en los niveles de azúcar en la sangre.

Por otro lado, se conoce también que los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de los desórdenes psicológicos (ej. cansancio, letargo, cambios en el sueño y el apetito, tensión, irritabilidad, síntomas somáticos) pueden afectar la capacidad del paciente de llevar a cabo el régimen de autocuidado que requiere la diabetes, y por ende afectar los niveles de glucosa en la sangre (McKellar, Humphreys & Piette, 2004).

En pacientes de DMT1 y DMT2, los síntomas psicológicos se asocian con reportar más síntomas físicos asociados a la diabetes, peor salud física y menor adherencia al régimen dietético y de ejercicio (Ciechanowski, Katon, Russo & Hirsh, 2003).

Los desórdenes psicológicos en pacientes de diabetes no solo tienen un impacto negativo en la salud, sino también en la calidad de vida y el funciona-

miento diario. Por ejemplo, en los pacientes tanto de DMT1 como de DMT2 la depresión aparenta ser más recurrente y los episodios duran más tiempo (Kovacs, Obrosky, Goldston & Drash, 1997; Lustman, Griffith & Clouse, 1997; Peyrot & Rubin, 1999).

En su estudio, Peyrot y Rubin (1999) encontraron que de los/as pacientes que inicialmente reportaron sintomatología depresiva, seis meses después, el 73% aún continuaba reportando síntomas. En otro estudio sobre la discapacidad funcional en pacientes con diabetes y depresión, el 77,8% de los/as pacientes que tenían diabetes y depresión comórbida presentaron una discapacidad funcional en comparación con pacientes sin diabetes y sin depresión (24,5%), pacientes con diabetes (58,1%) y pacientes con depresión (51,3%) (Egede, 2004).

Identificando los desórdenes psicológicos en pacientes de diabetes

A pesar de la prevalencia mayor de algunos desórdenes psicológicos en pacientes de diabetes y de su efecto en el control de la misma, muchos casos frecuentemente no son diagnosticados. Más de un tercio de los/as pacientes de diabetes que presentan algún desorden psicológico no son diagnosticados y, por lo tanto, no reciben tratamiento para el mismo (Katon *et al.*, 2004; Lustman & Clouse, 2004b).

Esto presenta un riesgo significativamente mayor para las personas con diabetes, ya que estas disponen de medios más accesibles o adicionales para quitarse la vida (ej. sobredosis u omisión de insulina). Sin embargo, la literatura sobre el suicidio en las personas con diabetes es limitada. En un estudio sobre factores de riesgo suicida en adultos en Cuba, se encontró que el 8,3% de la muestra de adultos con diabetes presentaba riesgo suicida (Pérez-Barrero, Ros-Guerra, Pablos-Anaya & Celás-López, 1997).

El único estudio adicional relacionado con este tema se realizó en los Estados Unidos con una muestra de adolescentes (Goldston *et al.*, 1997). El mismo encontró que la ideación suicida en los adolescentes fue mayor de lo esperado, sin embargo, la tasa de intentos de suicidio era comparable con la tasa en la población en general.

Existen diversas razones por lo que los desórdenes psicológicos no son detectados en muchos

casos. En la literatura se señalan las siguientes como las más comunes: falta de tiempo en las visitas con el médico, falta de adiestramiento en cernimientos psicodiagnósticos en los/as médicos y otros/as profesionales de salud, creencia de que los síntomas psicológicos son un estado normal para una persona con una condición crónica como lo es la diabetes y/o el/la paciente minimiza los síntomas por el estigma asociado a sufrir de alguna condición mental o psicológica (Lustman & Clouse, 2004b; Lustman, Griffith & Clouse, 1997).

Lustman y Clouse (2004b) recomiendan que los/as profesionales de la salud estén alerta a señales de los desórdenes psicológicos y a los factores de riesgo al momento de recopilar el historial médico. Por ejemplo, en este último se debe recopilar información acerca de episodios de depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y abuso de sustancias, así como también de tratamientos para los mismos.

Además, el historial familiar de tratamiento psiquiátrico puede ofrecer indicadores de riesgo hereditario. En cuanto a la presentación clínica, ellos recomiendan estar alerta a síntomas que no tienen una explicación médica, a quejas somáticas persistentes, disfunción sexual y a dolor crónico como queja principal, porque pueden ser indicadores más sutiles de un trastorno mental clínico en pacientes de diabetes.

Si están presentes algunos síntomas psicológicos predominantes y algunas de las señales anteriormente mencionadas, los autores recomiendan que se administre un instrumento de autorreporte para cernir sintomatología depresiva o de ansiedad y luego, dependiendo de los resultados, llevar a cabo una entrevista psiquiátrica utilizando los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Tratamiento para los desórdenes psicológicos relacionados con la diabetes

Los tratamientos basados en evidencia empírica más utilizados para tratar la depresión, ansiedad y los trastornos alimentarios tanto en personas con y sin diabetes son los medicamentos antidepresivos y las psicoterapias cognitivo-conductuales e interpersonales (Nathan & Gorman, 1998). Es solo en

los últimos 10 años que se ha comenzado a estudiar cuáles son los tratamientos más efectivos para aliviar los síntomas relacionados a estos desórdenes psicológicos en pacientes de diabetes.

Estudios recientes han demostrado que tanto los medicamentos antidepresivos (ej. nortriptyline, fluoxetine) como la terapia cognitivo-conductual han sido eficaces en aliviar la depresión, la ansiedad y los trastornos alimentarios en adultos con diabetes (Lustman *et ál.*, 1997; 1998; Williams *et ál.*, 2004; Marcus & Wing, 1990).

La selección de tratamientos para los trastornos psicológicos en pacientes de diabetes muchas veces depende del tipo de profesional de la salud que lo/la atiende y/o de los síntomas principales que presenta el/la paciente. Por lo general, los/as médicos/as y psiquiatras tienden a favorecer tratamiento con antidepresivos, mientras que los/as consejeros/as, psicólogos/as y trabajadores sociales tienden a utilizar la consejería y la psicoterapia.

De igual forma, si el/la paciente presenta mayormente síntomas somáticos (insomnio, nerviosismo) se tiende a favorecer el medicamento, mientras que si los síntomas que predominan son cognitivos (autoestima baja, desesperanza, indecisión) y/o conductuales (aislamiento), la psicoterapia es considerada la alternativa más adecuada.

Sin embargo, adicional a estas consideraciones también es necesario evaluar el estado de salud física del/la paciente con diabetes, ya que varios estudios han demostrado que algunos medicamentos antidepresivos pueden tener efectos secundarios que afectan el control glucémico y/o pueden interactuar de forma negativa con otros medicamentos que el/la paciente pueda estar tomando para condiciones secundarias a la diabetes (ej. hipertensión). Esto hace que la psicoterapia pueda ser el tratamiento de primer orden, pues no es invasiva en el sentido en el que los medicamentos sí lo son.

El manejo de los desórdenes psicológicos en los/as pacientes de diabetes puede resultar en múltiples beneficios, entre ellos: alivia la expresión de síntomas de depresión y ansiedad, reestablece patrones regulares de sueño y de alimentación, mejora el manejo de la diabetes y el funcionamiento general, disminuye la preocupación somática, alivia el dolor, optimiza el funcionamiento sexual, así como

también la adherencia al tratamiento médico y el control glucémico (Lustman & Clouse, 2004b).

Resumen y recomendaciones

Desde 1923, cuando empezó la producción comercial de la insulina y se comenzó a tratar la diabetes con la administración de esta sustancia, la diabetes se ha transformado de ser una enfermedad fatal a una de naturaleza crónica. A partir de ese momento, los avances en la prevención y el tratamiento para la diabetes van en aumento cada año, reduciendo la morbilidad y mortalidad de dicha condición.

La prolongación de la vida de personas con diabetes conlleva que se preste mayor atención no solo a ajustar el tratamiento de la diabetes al estilo de vida del/la paciente para mejorar su calidad de vida, sino también al impacto psicológico de la condición y a aquellas conductas que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento. La psicología clínica es un campo que tiene mucho que aportar a la prevención y al tratamiento de la diabetes.

La investigación psicosocial y conductual en la diabetes ha comenzado a recibir más atención en los últimos años. Se han realizado estudios de prevalencia de desórdenes psicológicos, de conductas y actitudes relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, de intervenciones psicosociales para mejorar el automanejo y la calidad de vida, y se han validado instrumentos psicológicos específicos para pacientes con diabetes.

Bradley (2003) realizó una compilación excelente de varios de estos instrumentos en su libro *Handbook of psychology and diabetes*. No obstante, aún el/la psicólogo/a no es considerado/a como parte integral del equipo de cuidado primario del/la paciente con diabetes en muchos programas de tratamiento e investigación de esta patología.

Es evidente que las personas con diabetes corren un riesgo mayor de sufrir de desórdenes psicológicos como la depresión, la ansiedad y los trastornos alimentarios, y a su vez, estos pueden tener efectos significativos en el manejo de su enfermedad y el desarrollo de complicaciones en las personas que la padecen. Esto subraya la importancia de la prevención e identificación temprana de los desórdenes psicológicos en las personas con diabetes, así como

también del desarrollo de intervenciones terapéuticas para su manejo.

El aspecto psicosocial debe ser parte integral de la evaluación del paciente de diabetes, así como lo es la nutrición, la educación en diabetes y la fisiología del ejercicio. Los/as profesionales de salud que atienden a personas con diabetes deben estar adiestrados en la detección de síntomas de un trastorno psicológico y en los procesos de referido a profesionales de salud mental.

Hay tratamientos como la psicoterapia y medicamentos antidepressivos que han demostrado eficacia en tratar los desórdenes psicológicos en pacientes de diabetes. Sin embargo, el uso de los medicamentos en pacientes de diabetes debe ser evaluado cuidadosamente tomando en consideración los posibles efectos en el control glucémico y las interacciones con otros medicamentos que puedan estar tomando.

Se debe continuar evaluando la efectividad y viabilidad de tratamientos alternos tanto farmacológicos como psicosociales para el manejo de la depresión en pacientes de diabetes, particularmente para poblaciones étnicamente diversas. En adición, intervenciones que incluyen a la familia deben ser exploradas como alternativas de intervención, ya que en muchos grupos étnicos como los/as latinos/as, la familia nuclear y extendida juega un papel significativo en la vida diaria de las personas y, por lo tanto, en el cuidado diario de la diabetes del paciente.

La alta prevalencia de los desórdenes psicológicos como la depresión en las personas con diabetes, así como el efecto negativo de la misma en el control de la enfermedad, sugieren la necesidad de que el campo de la psicología de la salud extienda su enfoque de

intervención hacia uno preventivo, no solo en la investigación de factores de resiliencia, sino también en el diseño de programas de prevención de desórdenes psicológicos en la diabetes, ya que actualmente en la literatura no existen programas de prevención para estos pacientes.

Por otro lado, existe una variedad de intervenciones psicosociales que han demostrado eficacia en mejorar la adherencia al tratamiento, el control glucémico, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (Delamater *et ál.*, 2001).

En el campo de la psicología clínica y de la salud en relación con la diabetes aún queda mucho por trabajar. Se debe continuar investigando cuáles son las barreras para que los/as pacientes sigan su tratamiento y cuáles son los elementos en los programas de educación en diabetes que mejor promueven y fortalecen las conductas de autocuidado y, por ende, el control glucémico.

Otra área importante para continuar explorando es cómo integrar las intervenciones del/la profesional de salud mental a las de la clínica u hospital de forma que sean de mayor beneficio para el/la paciente y maximicen la efectividad de los tratamientos. Además, cuáles son los métodos más efectivos para llevar a cabo la consultoría con los/as profesionales de la salud que trabajan con personas con diabetes.

Por último, a un nivel más amplio o de mayor alcance, se debe continuar estudiando cómo ayudar a las personas a modificar las conductas que representan un riesgo para el desarrollo de la DMT2 y cómo lograr un mayor reconocimiento e integración del rol la psicología en la salud y la medicina.

Referencias

- American Diabetes Association (2002). *Complete guide to diabetes* (3rd Edition). Alexandria, VA: American Diabetes Association, Inc.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anderson, J., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1077.
- Anderson, R., Funnell, M., Carlson, A., Saleh-Statin, N., Craddock, S. & Chas Skinner, T. (2000). Facilitating self-care through empowerment. En F. Snoek & T. Chas Skinner (Eds.), *Psychology in diabetes care* (pp. 71-97). London: Wiley.
- Bott, U., Bott, S., Hemmann, D. & Berger, M. (2000). Evaluation of a holistic treatment and teaching programme for patients with type 1 diabetes who failed to achieve their therapeutic goals under intensified insulin therapy. *Diabetic Medicine*, 17, 635-643.
- Bradley, C. (2003). *Handbook of psychology and diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. New York: Psychology Press.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E. & Hirsh, I. B. (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 25, 246-252.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R. & Wysocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes: report of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*, 24(7), 1286-1292.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT). (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1998). *Diabetes: caring for your emotions as well as your health*. Reading, MA: Perseus Books.
- Egede, L. E. & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26(1), 104-111.
- Egede, L. E. (2004). Diabetes, major depression and functional disability among U.S. adults. *Diabetes Care*, 27(2), 421-428.
- Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. (2002). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. & Steel, J. (1980). Anorexia nervosa in diabetes mellitus. *British Medical Journal*, 280, 1167-68.
- Feifer, C. & Tansman, M. (1999). Promoting psychology in diabetes primary care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(1), 14-21.
- Fisher, L., Chesla, C. A., Mullan, J. T., Skaff, M. M., & Kanter, R. A. (2001). Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24(10), 1751-1757.
- Flegal, K. M., Ezzati, T. M., Harris, M. I., Haynes, S. G., Juarez, R. Z., Knowler, W. Z., Perez-Stable E. J., Stern M. P. (1991). Prevalence of diabetes in Mexican Americans, Cubans, and Puerto Ricans from the hispanic health and examination survey. *Diabetes Care*, 14, 628-638.
- Foxbury, J., Bosley, C., Ryle, A., Sonksen, P. & Judd, S. (1997). A trial of cognitive analytic therapy in poorly controlled type 1 patients. *Diabetes Care*, 20, 959-964.

- Gatchel, R. J. & Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gavard, J., Lustman, P. & Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes: relationship to symptom and glucose control. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 174, 736-742.
- Glasgow, R. E. & Eakin, E. G. (2000). Medical office based interventions. En F. Snoek & T. Chas Skinner (Eds.), *Psychology in diabetes care* (pp. 141-167). London: Wiley.
- Glasgow, R. E., Fisher, E. B., Anderson, B. J., LaGreca, A., Marrero, D. G., Johnson, S. B. (1999), Rubin, R.R., Cox, D.J. Behavioral science in diabetes: contributions and opportunities. *Diabetes Care*, 22(5), 832-843.
- Glasgow, R. E., Hiss, R. G., Anderson, R. M., Friedman, N. M., Hayward, R. A., Marrero, D. G., Taylor, C. B. & Vinicor, F. (2001). Report of the Health Care Delivery Work Group: behavioral research related to the establishment of a chronic disease care model for diabetes care. *Diabetes Care*, 24(1), 124-130.
- Goldney, R., Fisher, L., Phillips, P. & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.
- Goldston, D. B., Hill, R.P. Kelley, W., C., Corentz, J.A., Reboussin, Daniel, S. S., D. M., Smith, Schwartz, A. E., (1997). Suicidal ideation and behavior and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1528-1536.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D. & Ritterband, L. (2002). Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 611-625.
- Harris, M. I. (1991). Epidemiological correlates of NIDDM in Hispanics, Whites, and Blacks in the U.S. population. *Diabetes Care*, 14(7), 639-648.
- Harrison, T., Braunwald, E., Isselbacher, K., Petersdorf, R., Wilson, J., Martin, J. & Fauci, A. (1987). *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Henry, J., Wilson, P., Bruce, D., Chisholm, D. & Rawling, P. (1997). Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychological Health Medicine*, 2, 109-118.
- Hillard, J., Lobo, M. & Keeling, R. (1983). Bulimia and diabetes: a potentially life threatening combination. *Psychosomatics*, 24, 292-295.
- Hudson, J., Wentworth, S., Hudson, M. & Pope, H. (1985). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia among young diabetic women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 88-89.
- International Diabetes Federation (2005). *Diabetes facts and figures*. Recuperado el 27 de abril del 2005 de: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=6>
- Jacobson, A. (1996). The psychological care of patients with insulin dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 334, 1249-1253.
- Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Walker, E., Bush, T. & Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27(4), 914-920.
- Koocher, G. P., Curtiss, E. K., Pollin, I. S. & Patton, K. E. (2001). Medical crisis counseling in a Health Maintenance Organization: preventive intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 52-58.
- Kovacs, M., Obrovsky, D., Goldston, D. & Drash, A. (1997). Major depressive disorder in youths with IDDM. A controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care*, 20, 45-51.
- Lustman, P. & Clouse, R. (2004a). Depression: a potentially modifiable risk factor for diabetes and its complications. *Diabetes Spectrum*, 17(3), 147-164.
- Lustman, P. & Clouse, R. (2004b). Practical considerations in the management of depression in diabetes. *Diabetes Spectrum*, 17(3), 160-166.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S. & Clouse, R. E. (1997). Depression in adults with diabetes. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 15-23.

- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E., Freedland, K. F., Eisen, S. A., Rubin, E. H., Carney R.M., McGill J.B. (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 241-250.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S. S. & Clouse, R. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 129(8), 613-621.
- Marcus, M. & Wing, R. (1990). Eating disorders and diabetes: diagnosis and management. *Diabetes Spectrum*, 3(6), 361-396.
- McBean, A. M., Li, S., Gilbertson, D. T. & Collins, A. J. (2004). Differences in diabetes prevalence, incidence, and mortality among the elderly of four racial/ethnic groups: Whites, Blacks, Hispanics, and Asians. *Diabetes Care*, 27(10), 2317-2324.
- McKellar, J. D., Humphreys, K. & Piette, J. D. (2004). Depression increases diabetes symptoms by complicating patients' self-care adherence. *The Diabetes Educator*, 30(3), 485-492.
- Nathan, P. & Gorman, J. (1998). *A guide to treatments that work* (2nd Edition). New York: Oxford University Press.
- Nichols, G. A. & Brown, J. B. (2003). Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26(3), 744-749.
- Norris, S., Engelgau, M. & Narayan, K. M. V. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24(3), 561-587.
- Organización Panamericana de la Salud (2001, junio). Diabetes en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 22(2). Recuperado el 28 de abril del 2005 de: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.
- Pérez-Barrero, S., Ros-Guerra, L. A., Pablos-Anaya, T. y Calás-López, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 7-11. Recuperado el 4 de mayo del 2005 de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97/mgi01197.htm
- Peyrot, M. & Rubin, R. R. (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22(3), 448-452.
- Polonsky, W. (1999). *Diabetes burnout: what to do when you can't take it anymore*. Alexandria, VA: American Diabetes Association.
- Rubin, R. (2000). Psychotherapy and counselling in diabetes mellitus. En F. Snoek & T. Chas Skinner (Eds.), *Psychology in Diabetes Care* (pp. 235-263). London: Wiley.
- Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13, 21.
- Rubin, R., Peyrot, M. & Saudek, C. (1993). The effect of a diabetes education program incorporating coping skills training on emotional well-being and diabetes self-efficacy. *Diabetes Educator*, 19, 210-214.
- Steed, L., Cooke, D. & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 51, 5-15.
- Steel, J., Young, R., Lloyd, G. & Macintyre, C. (1989). Abnormal eating attitudes in young insulin-dependent diabetics. *British Journal of Psychiatry*, 155, 515-21.
- Talbot, F. & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, 23(10), 1556-1562.
- Van der Ven, N., Chatrou, N. & Snoek, F. (2000). Cognitive-behavioural group training. En F. Snoek & T. Chas Skinner (Eds.), *Psychology in diabetes care* (pp. 207-233). London: Wiley.
- Wild, S., Roglic, G., Freen, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.

- Williams, J. W., Katon, W., Lin, E. H., Noel, P. H., Worchel, J., Cornell, J., Harpole, L., Fultz, B. A., Hunkeler, E., Mika, V. S. & Unützer, J. (2004). The effectiveness of depression care management on diabetes related outcomes in older patients. *Annals of Internal Medicine*, 140, 1015-1024.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R. & Decci, E. L. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66.
- World Health Organization (2003). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (10th Rev.). Recuperado el 28 de abril del 2005 de: <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>

<p>Fecha de recepción: febrero de 2006 Fecha de aceptación: mayo de 2007</p>
