

Seminarios de diabetes

Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico

Lack of acceptance of diabetes: a diagnostic and therapeutic approach

I. Lorente

Psicólogo. Asociación Navarra de Diabéticos

Resumen

En este trabajo se propone un modelo de intervención sobre la dificultad de aceptación de la enfermedad que presentan algunas personas con diabetes. Tras revisar el concepto de aceptación, se desarrolla un plan de diagnóstico y tratamiento, haciendo hincapié en el hecho de abordar tanto las ideas irracionales asociadas a la no aceptación como la modificación de algunos comportamientos inadecuados relacionados con el autocuidado de la diabetes fruto de dichas cogniciones.

Palabras clave: diabetes mellitus, aceptación, cognición, psicodiagnóstico, psicoterapia.

Abstract

In this report, the authors propose an intervention model to overcome the lack of acceptance of diabetes experienced by some people with this disease. Following a review of the acceptance concept, a diagnostic and therapeutic strategy is described. This strategy highlights the need to deal with irrational ideas associated with non-acceptance of the disease, as well as to modify certain abnormal behaviors related to diabetes self-management practices that result from this illogical thinking.

Key words: Diabetes mellitus, acceptance, cognition, psychodiagnosis, psychotherapy.

Introducción

Con frecuencia, la irrupción de la diabetes supone una situación de crisis, entendida ésta como un cambio inesperado y brusco en la vida de la persona, que le supone un desequilibrio, y cuya forma de resolución condiciona y modula la continuidad de ésta. Por su esencia, la crisis no puede ser permanente sino que tiene un desenlace. En el mejor de los casos, el sujeto logra adaptarse adecuadamente a su nueva situación. En el peor, se instala en el bloqueo, la indecisión o la angustia. Caplan¹ la definió como «un periodo transicional que representa tanto oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace, en cualquier ejem-

plo particular, depende hasta cierto punto de la forma en que maneje la situación». Por tanto, su resolución no implica la adaptación adecuada a la vida con diabetes. En este sentido, Rocamora² habla de «puertas falsas» para referirse a adaptaciones inadecuadas en las que el estrés inicial se reduce, pero con un coste personal elevado. Su denominador común es el hecho de que la persona tiene dificultades para aceptar su nueva situación, lo que conlleva el empobrecimiento de la personalidad, el incremento de la angustia y la merma de su calidad de vida.

Algunas de estas «puertas falsas» son las siguientes:

- La negación. Se trata de uno de los mecanismos de defensa más arcaicos. La angustia que genera a la persona una situación, unida al sentimiento de incapacidad para resolverla, le hace descalificar su importancia. Se manifiesta en la falta de adhesión al tratamiento o en no acudir a las consultas programadas.
- El «callejón sin salida». Sentir que no puede hacer nada por cambiar su situación, posiblemente se concrete

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2007
Fecha de aceptación: 21 de marzo de 2007

Correspondencia:

Iñaki Lorente. Servicio de Psicología. Asociación Navarra de Diabéticos. Calderería, 1. 31001 Pamplona. Correo electrónico: ilorente@correo.cop.es

Lista de acrónimos citados en el texto:

HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada

en la resignación pasiva y la renuncia a la búsqueda de una mayor calidad de vida. Así, el pesimismo tiñe la vida del paciente.

- La hipocondría. La vivencia de enfermedad es tan intensa y desestructurante que se convierte en el único punto de vista del enfermo. Lo somático pasa a ser el vehículo de expresión prioritario, y puede aparecer todo un cuadro de síntomas físicos que no son sino la expresión de su angustia.

En todas ellas, el equilibrio que alcanza el paciente tras la crisis no incluye aceptar el hecho de que tiene diabetes. La aceptación, entendida como el establecimiento de una relación positiva entre la persona y su nueva situación, es la «capacidad de ver lo que se considera limitación sin que oculte sus posibilidades reales»³.

A la hora de valorar la forma en que el paciente sale de la crisis conviene establecer la diferencia entre adaptación pasiva y afrontamiento. El primer término hace referencia a rutinas que exigen poco esfuerzo personal por parte del sujeto. Por el contrario, lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos que realiza la persona con el fin de mantener los niveles óptimos de calidad de vida⁴. Por tanto, una de las áreas que conviene evaluar es la referida a las estrategias que ha utilizado la persona (por acción u omisión) para salir de la crisis, así como su efectividad.

Intervención

Uno de los factores de éxito de la intervención estriba en una correcta planificación de ésta. A modo orientativo se propone la siguiente:

- Evaluación inicial:
 - Primera entrevista.
 - Entrevistas de evaluación posteriores.
- Determinación de los objetivos y diseño de un plan de tratamiento.
- Ejecución del plan.
- Evaluación de los resultados.

Evaluación inicial

Al igual que se afirma que no existen dos pacientes con diabetes iguales, también se puede decir que no hay dos formas iguales de afrontarla. Cuando es el propio pa-

ciente quien solicita la intervención de un profesional de la salud mental (por iniciativa propia o por sugerencia de su endocrinólogo), está en una disposición favorable para intentar una adaptación más positiva, ya que es consciente de su malestar psicológico y de que éste se encuentra estrechamente ligado a su dificultad para aceptar su condición de paciente diabético. Sin embargo, con cierta frecuencia el equipo sanitario de referencia es quien lo deriva tras detectar un grado de sufrimiento emocional elevado constatado mediante continuas referencias del paciente a la dificultad de controlar la diabetes, la presencia de síntomas ansiosodepresivos, así como las referencias del paciente a la vida previa a tener diabetes como un estado idílico de bienestar al que jamás podrá regresar.

En lo que respecta a lo estrictamente diabetológico, el sanitario comprueba la presencia de una hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) muy elevada, aunque no siempre es así, además de una inadecuada adhesión al tratamiento por su falta evidente de compromiso (manifestada en transgresiones, olvidos, etc.) o por su excesivo celo en el control de las pautas necesarias. El paciente tiende a atribuir esos desajustes metabólicos a la labilidad de su diabetes. En estos casos, la intervención psicoterapéutica resulta más complicada, ya que el lugar de control del paciente es externo a él: «No puedo hacer nada para mejorar, ya que la optimización del tratamiento de mi diabetes no depende de mí, sino de la propia naturaleza inestable de ésta».

Primera entrevista

En el primer contacto conviene realizar una recogida no estructurada del motivo de consulta. Permitir que el paciente exprese su visión de qué es lo que le ha llevado a solicitar ayuda, le da al profesional una visión aproximada de su situación, dónde coloca el foco del problema así como los recursos que ha utilizado hasta entonces para resolverlo. Asimismo, ayuda a dirigir en una dirección u otra nuestro trabajo en pro de un diagnóstico más ajustado y profundo. También en esa primera entrevista se pueden recoger datos objetivos sobre la vida con diabetes del paciente que le resulten menos amenazadores pero que, sin embargo, son útiles para nuestro propósito: años transcurridos desde el inicio de la enfermedad, últimas determinaciones de la HbA_{1c}, hábitos de autocuidado, posible presencia de complicaciones, etc. El establecimiento de un protocolo con ese fin sería altamente recomendable.

Otras entrevistas de diagnóstico

Un diagnóstico completo sobre la aceptación de la enfermedad debe incluir la recogida de datos sobre el grado de ajuste (o desajuste) en todas las áreas del paciente: cognitivas, emocionales, comportamentales e interpersonales⁴. Así, además de las características sobre la propia diabetes antes mencionadas, conviene conocer los siguientes aspectos:

- **Área cognitiva** (sistema de creencias, actitudes e interpretación de las situaciones a las que se enfrenta el sujeto, etc.). Una entrevista semiestructurada que defina el tipo de cogniciones erróneas que condicionan la vida

del paciente ayudaría a tal fin. Cabe destacar la importancia de averiguar el concepto de enfermedad que padece el paciente: si se percibe como un castigo, algo limitante, una catástrofe personal o una circunstancia más o menos grave de la vida.

- **Área emocional**, que incluye la definición de la naturaleza y la intensidad de los síntomas clínicos que presenta (ansiedad, depresión, ira, frustración, etc.). A tal fin, son de gran ayuda los cuestionarios estandarizados (tabla 1). La elección de uno u otro depende de la hipótesis formulada tras la primera entrevista.

Tabla 1. Algunos instrumentos objetivos de evaluación psicológica

Nombre	Autor	Edad	Variable de medición
BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes)	C.R. Reynolds y R.W. Kamphaus	3-18 años	Conducta adaptativa e inadaptativa de niños y adolescentes
TAMAI (Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil)	P. Hernández Hernández	8-18 años	Inadaptación personal, social, escolar y familiar
IAC (Inventario de Adaptación de Conducta)	M.V. de la Cruz y A. Cordero	>12 años	Grado de adaptación en los siguientes aspectos: personal, familiar, escolar y social
MACI (Inventario Clínico)	T. Millon	13-19 años	Personalidad. Enfocado a su uso clínico
MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial)	T. Millon	Adultos	Exploración e identificación de dificultades emocionales y personales
SCL-90-R (Cuestionario de 90 Síntomas)	L.R. Derogatis	Adolescentes y adultos	Dimensiones sintomáticas primarias de salud mental
MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)	S.R. Hathaway y J.C. Mcklinley	Adultos	La personalidad normal y patológica (77 variables diferentes)
AF-5 (Autoconcepto Forma-5)	F. García y G. Musitu	>10 años	Autoconcepto en adolescentes y adultos
STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo)	C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene	Adolescentes y adultos	La ansiedad como estado transitorio y como rasgo latente
EBP (Escala de Bienestar Psicológico)	J. Sánchez Cánovas	Adolescentes y adultos	Grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción en un periodo de su vida
CSI (Inventario de Estrategias de Afrontamiento)	D.I. Tobin. Adaptación española: Peralta, et al.	12-70 años	Técnicas de afrontamiento que utiliza el sujeto
LCISM (Escala de Lugar de Control)	K.A. Wallston y B. Strudler	>13 años	Lugar de control de la propia salud
CTI (Inventario de Pensamiento Constructivo)	S. Epstein	Adolescentes y adultos	Inteligencia emocional (emotividad, creencias irracionales, etc.)
EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria)	D.M. Garner	>11 años	Trastornos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria

- **Estrategias de afrontamiento.** Los recursos que utiliza el sujeto para enfrentarse a las situaciones conflicto y su grado de efectividad.
- **Área interpersonal,** donde se agrupa todo lo relacionado con lo social: limitaciones que le impone la diabetes, repercusión que ésta tiene en su entorno cercano, o sistema de apoyo con el que cuenta (equipo diabético, familiares y amigos, y si conoce a otras personas con diabetes).

En la fase de diagnóstico se trata, en suma, de conseguir un perfil lo más completo posible respecto a la situación biopsicosocial del paciente.

Determinación de los objetivos y diseño de un plan de tratamiento

Un correcto plan de tratamiento debe incluir: a) temporalización de las sesiones (frecuencia, número previsible, etc.) y tiempo estimado para realizar una evaluación de los resultados; b) personas que participarán en ellas (paciente, familia, entorno social...), y c) técnicas utilizadas en la intervención (apoyo cognitivo-conductual, grupal, mixto...).

Elección de objetivos

La formulación de objetivos es un tema delicado, ya que una elección inadecuada comprometerá seriamente el éxito del tratamiento. Los objetivos deben ser:

1. **Relevantes.** El paciente debe sentir que la consecución de esos objetivos merece un esfuerzo por su parte. En general, los objetivos orientados hacia un mejor control de la diabetes resultarán atractivos para él, ya que suelen estar en el origen de su demanda. Asimismo, si mejora el control de su diabetes mediante su propio esfuerzo, lógicamente cambiará el lugar de control que tiene.
2. **Plausibles.** Los objetivos poco realistas estarán abocados al fracaso. Dicho fracaso se sumará a los múltiples previos, ya que es probable que el paciente, antes de acudir a la terapia, haya realizado numerosos esfuerzos para lograr una adaptación adecuada.
3. **Consensuados.** En última instancia, el afectado es quien debe realizar los esfuerzos de modificación.
4. **Definidos.** Algunas de las ventajas de definir los objetivos de forma «neutra» son: a) evitar dejar a la interpre-

tación del paciente su posible consecución; b) se pueden constatar los progresos, por pequeños que sean, como avances, y así prevenir los errores cognitivos como «todo/nada»⁵; c) posibilita que puedan replantearse en caso necesario, y d) permite argumentar que ciertas recaídas no son fracasos, sino que siguen el patrón de evolución en espiral del tratamiento.

5. **Secuenciados.** Con metas parciales que permitan ver la evolución ascendente de la intervención terapéutica hacia el objetivo último.

6. Entre los objetivos propuestos se deben incluir algunos definidos en términos de conducta. Conviene que, al menos uno de ellos, esté directamente relacionado con el control glucémico ya que, al ser el propio paciente quien los pone en práctica, puede continuarlos una vez finalizada la terapia.

Sin embargo, no se debe perder de vista que la no aceptación hunde sus raíces en la interpretación que hace la persona de su situación vital, por lo que en el planteamiento se debe incluir la realización de un trabajo sobre las cogniciones del paciente.

Intervención

El tipo de intervención por el que se opte dependerá de múltiples factores: formación del terapeuta, situación del problema, recursos disponibles, aspectos intrínsecos del paciente, etc. Lo que se presenta a continuación es, por tanto, un modelo posible entre otros muchos.

Pacto

Pactar con el paciente los objetivos, la temporalización, etc., tiene como finalidad comprometerlo en la terapia, convertirlo en agente de su propio cambio y prevenir las posibles actitudes pasivas. Conviene que el sujeto reformule verbalmente lo acordado para evitar las interpretaciones inadecuadas. Incluso, en ocasiones, puede ser una buena medida recoger el compromiso por escrito mediante un contrato terapéutico.

Doble vía

Estructurar la terapia por una doble vía ayuda a abordar el mismo problema desde dos ópticas, una interior (sobre la aceptación) y otra exterior (sobre la modificación de comportamientos fruto de esa inadecuada adaptación). La simultaneidad busca que ambas acciones se poten-

cien, multiplicando sus efectos, e impulsen al paciente a superar sus dificultades.

Intervención sobre la aceptación

La aceptación consiste en considerar el dato no armónico (diabetes) desde una perspectiva más amplia con el fin de integrarlo y dinamizarlo en el todo biopsicosocial. Sin embargo, no aceptar la diabetes la convierte en una situación-problema: «Mi problema es que tengo diabetes». Cuando el paciente está instalado en esa posición, lo que busca es que los agentes externos le ayuden a solucionar «su problema». Una y otra vez el entorno le devuelve el carácter crónico de la enfermedad, por lo que le ratifica que se encuentra en un «callejón sin salida». Hacerle caer en la cuenta de ello y ayudarle a reformular la interrogación «¿qué puedo hacer para curar mi diabetes?» por otra como «¿qué puedo hacer para mejorar mi calidad de vida?» puede abrirle nuevas posibilidades. La única respuesta posible a la primera pregunta es «nada», mientras que a la segunda es «mucho».

Puede ser útil argumentar que otros con su misma enfermedad no se sienten así. El malestar psicológico no está en relación directa con el hecho de tener diabetes, sino con la forma en que el paciente vivencia su condición de diabético. Sin embargo, se debe ser muy cuidadoso con este tipo de intervenciones y mantener una actitud empática para evitar que se sienta juzgado. El mensaje podría ser: «Entiendo que te sientas mal. Si yo creyera que la diabetes ha truncado mi vida, también me sentiría así. Pero la realidad es que lo que te perturba no es el hecho de tener diabetes, sino lo que eso significa para ti. Si logramos cambiar ese significado, seguirás teniendo diabetes, pero podrás sufrir mucho menos por ello».

Algunas técnicas útiles dirigidas hacia el objetivo de aceptación de la diabetes

- La escucha activa, que permite establecer un vínculo adecuado para facilitar la «ventilación» emocional del paciente⁶.
- La terapia racional emotiva de Ellis^{7,8} ha demostrado ser una de las más útiles para que la persona tome conciencia de que los pensamientos distorsionados son nocivos para su estabilidad afectiva e intentar modificarlos. Entre las técnicas que plantea, está la utilización de las «cuatro columnas». Se trata de que el paciente realice autorregistros recogiendo: a) la situación objetiva

(acontecimiento activador); b) los pensamientos negativos asociados a dicha situación; c) los sentimientos negativos y las conductas disfuncionales resultantes, y d) el desafío del pensamiento negativo desde la evidencia de la experiencia del paciente.

- Mediante la «Carta a mi diabetes». El ejercicio consiste en escribir una carta donde el paciente le hable a su diabetes y le exprese aquello que le hace sentir. Este ejercicio tendría varias utilidades:
 - Ayudar al terapeuta a conocer las motivaciones profundas y las dificultades del paciente.
 - Cuando se escribe, el pensamiento debe hacer un esfuerzo por enlentecerse y dar estructura a las ideas. Esta cualidad puede servirle al paciente como un ejercicio de reflexión y de poner en orden sus sentimientos.
 - Se puede releer en el curso de la terapia, convirtiéndose en un material valioso y tangible.
 - Permite utilizarla en fases posteriores como un elemento de evaluación de la evolución de la terapia.
- Los grupos de ayuda mutua son otro gran recurso que permite contrastar su visión con la de otras personas con diabetes, forzando la reflexión. Salvo excepciones, no sustituye a la terapia individual, sino que la complementa.

Modificación de comportamientos. La actitud de no aceptación tiene consecuencias sobre algunos comportamientos en el autocuidado que se deben cambiar en pro de un adecuado control de la diabetes.

Conviene incluir, al menos, una tarea en este sentido. Por ejemplo: hacerse el control glucémico 3 veces al día; apuntar las cifras obtenidas; apuntar todo aquello que come fuera de horas; comprobar que lleva una bolsita de azúcar antes de salir a la calle, etc. La elección debe seguir las reglas de la modificación de conducta:

1. Registrar el comportamiento.
2. Hacer una lista de conductas problema.
3. Secuenciar la lista por orden de prioridades.
4. Señalar las conductas que primero deseamos modificar, aquellas en las que se puede obtener un resultado más rápido (las menos complicadas o las más frecuentes).
5. Elegir una o dos conductas para modificar y aplazar las restantes.

6. Que el paciente registre su cumplimiento o no.
7. Reforzar positivamente el logro y ser constantes en su puesta en práctica.

Evaluación de los resultados y finalización

En el plan terapéutico se debe incluir la forma en que se van a evaluar los progresos del paciente. Debe ser lo más objetiva posible, mediante la aplicación de cuestionarios y la valoración de los autorregistros que ha ido realizando el paciente sobre los objetivos propuestos. Conviene establecer una fecha para revisar los objetivos y replantearlos si fuera oportuno según el curso del tratamiento.

Uno de los mayores problemas con el que nos enfrentamos es decidir cuándo dar el alta al paciente. En este sentido, el criterio general es cuando valoremos que el paciente puede seguir el proceso de adaptación por sí mismo con la ayuda de su entorno particular. En la fase de alta se deben incluir las revisiones a medio plazo para realizar el seguimiento del proceso.

Conclusiones

En ocasiones, el paciente encuentra dificultades para aceptar la diabetes. Este hecho repercute tanto en el control de la patología como en la calidad de vida. Por ello, conviene detectarlo lo más precozmente posible e intervenir de forma adecuada.

Es fundamental realizar un diagnóstico ajustado, exhaustivo y multidimensional que recoja todas las áreas de la vida del paciente, ya que todas ellas se ven afectadas.

Los objetivos terapéuticos deben estar convenientemente definidos y ser lo más objetivables posible. Asimismo,

Consideraciones prácticas

- Cuando existen dificultades de aceptación de la diabetes, en el paciente puede observarse negación de la enfermedad, hipocondría y sensación de encontrarse en «un callejón sin salida».
- Los objetivos de tratamiento ante estas situaciones deberán ser siempre importantes para el paciente, plausibles, consensuados, secuenciados y objetivables.
- La intervención terapéutica pasará por realizar con el paciente un pacto de objetivos, abrirle nuevas expectativas y modificar comportamientos.

buscando la máxima efectividad, conviene que el abordaje no se centre exclusivamente en el ámbito de lo psicológico sino que, además de éste, las intervenciones tengan su dimensión biológica y social. ■

Bibliografía

1. Caplan G. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós, 1980; 53.
2. Rocamora A. Crecer en la crisis. En: *Cómo recuperar el equilibrio perdido*. Bilbao: Desclée de Brouwer eds., 2006; 169-70.
3. García Monje JA. Treinta palabras para la madurez. Bilbao: Desclée de Brouwer eds., 1997; 207.
4. Rodríguez Marín J, López Roig S, Pastor AM. Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En: Barriga S, León JM, Martínez MF, Jiménez IF, eds. *Psicología de la salud: aportaciones desde la psicología social*. Madrid: Sedal, 1990; 159-96.
5. Gaja R. Bienestar, autoestima y felicidad. Barcelona: Plaza & Janés, 1997; 56-7.
6. Loscertales F, Gómez A. La comunicación con el enfermo: un instrumento al servicio de los profesionales de salud. Granada: Aulia eds., 1999; 121-2.
7. Ellis A. Razon y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer eds., 1980.
8. Ellis A. Práctica de la terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer eds., 1989.