

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ALGUNAS
PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA
ALIMENTACIÓN**

**PSYCHOLOGICAL TREATMENT IN SOME
PATHOLOGIES RELATED TO FEEDING**

María José Santiago Fernández

Correspondencia: María José Santiago Fernández, mjsf@tcasevilla.com

Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

La relación existente entre emociones humanas y salud ha sido investigada desde diversas disciplinas, como psicología, medicina o biología a lo largo de la historia. Se parte del supuesto de que las emociones y la personalidad pueden influir sobre las funciones somáticas y contribuir a la etiología de numerosos trastornos. Esta influencia se lleva a cabo de diferentes maneras y en las diversas etapas de la enfermedad.

El presente trabajo combina una amplia revisión bibliográfica sobre la relación de las emociones en el estado de salud con un caso clínico.

Palabras clave: emociones humanas, riesgo de enfermar, salud, diabetes, adolescentes.

ABSTRACT

The relationship between human emotions and health has been investigated from diverse disciplines such as psychology, medicine or biology throughout history. It is assumed that the emotions and personality can affect on the somatic functions and contribute to the etiology of many disorders. This influence is carried out in different ways and at various stages of the disease.

This work combines a comprehensive literature review on the relationship of the emotions in the state of health with a clinical case.

Key words: human emotions, risk of disease, health, diabetes, adolescents.

LA RELACIÓN ENTRE EMOCIONES HUMANAS Y SALUD

La relación existente entre emociones humanas y salud ha sido investigada desde diversas disciplinas, como psicología, medicina o biología a lo largo de la historia (1).

Durante los años 40 y 50, el psicoanálisis mantuvo la asociación entre rasgos de personalidad y ciertos trastornos somáticos (2); posteriormente, la teoría situacionista defendió la existencia de variables “no específicas” para explicar la relación entre variables psicológicas y la salud, especialmente los sucesos vitales (3). En los años 80 diversos autores (4,5), han tratado de reelaborar la relación que existe entre procesos psicológicos y trastornos somáticos.

Independientemente de la disciplina que investigue dicha relación, se parte del supuesto de que las emociones y la personalidad pueden influir sobre las funciones somáticas y contribuir a la etiología de numerosos trastornos. Esta influencia se lleva a cabo de diferentes maneras y en las diversas etapas de la enfermedad (6).

Existen evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales que apuntan a que:

1.- Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. El estrés, por ejemplo, influye de forma determinante en la etiopatogenia de diversas enfermedades (7). El estrés abarca situaciones traumáticas, estresores ambientales o incluso problemas cotidianos, y las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona ante dichas situaciones están implicadas en el inicio de distintos trastornos. (8).

Estudios realizados sobre psico-neuro-inmunología aportan datos que permiten objetivizar las relaciones entre los estados emocionales negativos y sus consecuencias en el sistema inmune, mostrando cómo el estrés hace a las personas más vulnerables a la enfermedad (9,10).

2.- Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud. El estrés afecta a la salud dada la reducción que provoca de conductas saludables como el ejercicio físico o la precaución ante el contagio de enfermedades y la inducción a la realización de hábitos no saludables como el consumo de alcohol o tabaco (11).

3.- Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades. Además del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también pueden incidir en su curso, precipitando el comienzo de una crisis, su agravamiento y hasta su cronificación (como en el caso del asma (12), la hipertensión (13) o el dolor de cabeza (14))[¿quedan bien los dos paréntesis juntos?].

4.- Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. El estado emocional del paciente puede influir en la relación con el médico y el personal sanitario, así como el cumplimiento de las prescripciones médicas. De esta forma las emociones pueden distorsionar la conducta del paciente y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que interfieran en el proceso de curación. Por ejemplo, en el caso de enfermos oncológicos sometidos a quimioterapia (15,16), la aversión y la angustia producidas por los efectos secundarios del tratamiento, pueden llevar al abandono del tratamiento para

evitar un malestar inmediato (las náuseas y la angustia), prefiriendo padecer un daño seguro pero menos perceptible y más lejano en el tiempo (la enfermedad).

LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

La psicología de la salud considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual y metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población (17). Es una rama de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad. Estudia los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermedad y en la recuperación (18). En la práctica trata de promover la salud, la prevención de enfermedad, la atención de los enfermos y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población (17).

La psicología de la salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de psicología clínica, medicina conductual y psicología comunitaria (17). Desde este marco teórico, a la psicología le corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de la salud y la adopción de conductas preventivas (17).

Se ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (particularmente las creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable (19).

Entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia, ha sido la acción del estrés

(17). Por otra parte, se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que constituyen factores predisponentes al distres, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables y así se convierten en causa indirecta de enfermedades (20).

VARIABLES COGNITIVAS COMO CIERTAS COGNICIONES DISFUNCIONALES, PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS E IDEAS IRRACIONALES, desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez repercuten en el desarrollo de patologías (21).

En la actualidad, la importancia clínica de las emociones ha aumentado. Se sabe que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados periodos de tristeza y pesimismo, tensión continua y hostilidad, suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad (22). Esto hace pensar que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como el hábito de fumar (17).

Una vez que es diagnosticada la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre ésta y la forma en que la percibe la persona que la padece y el significado que le da. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. Puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades o situaciones personales. Según las emociones del paciente adopta un rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes

de este, son aspectos psicológicos importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento (17).

En la literatura médica se emplean 2 términos para referirse a las dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas (17). El cumplimiento es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas (sería la medida en la que la conducta de la persona coincide con el consejo médico). La adherencia es la implicación activa y colaboración voluntaria del paciente en un desarrollo de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Hace énfasis en los componentes psicológicos, sobre todo volitivos del paciente.

Se han señalado variables de naturaleza social, psicológica y médica, como factores determinantes o influyentes en la conducta de cumplimiento de las pautas médicas (17).

Algunas variables que actúan como moduladores de la adherencia son (23-25):

1.- La naturaleza de la enfermedad: es destacable el tipo de enfermedad (aguda o crónica) y la presencia de síntomas de dolor o incomodidad. Las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad presentan mayor tasa de cumplimiento. Por otra parte, la gravedad no incide en el grado de cumplimiento, sino que depende de la percepción de gravedad que tenga el paciente.

2.- Las características del régimen terapéutico: es necesario distinguir la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento, si es curativo, preventivo o

rehabilitador. La adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga y se producen tasas más altas en las curativas y rehabilitadoras que en las preventivas.

3.- Las características de la interacción del paciente con el profesional: destacan variables como la satisfacción del paciente y las características de la comunicación que se establece con el médico.

4.- Aspectos psicosociales del paciente: se reconoce en primer lugar las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud, por otro lado a la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y por último, la creencia de que la respuesta será eficaz.

Otro aspecto a tener en cuenta es la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos y las redes de apoyo social con que cuenta para aumentar la realización de las prescripciones. Este apoyo puede provenir de la familia, los amigos o grupos de autoayuda.

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES DIABÉTICOS TIPO 1

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, impone al adolescente una serie de demandas conductuales. Se requieren inyecciones diarias de insulina, es necesario llevar un estricto control de la dieta, regulando la cantidad de hidratos de carbono que se ingieren y realizar ejercicio físico de forma regular (26,27). A esto se suma que cada adolescente diabético debe efectuar controles diarios de glucosa, registrar los resultados de estos controles, ajustar dosis de insulina en base a los resultados de las glucemias, reconocer síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia y saber cómo manejarlos (28).

El tratamiento es complejo y por tanto se produce con frecuencia una baja tasa de adherencia al mismo (29). Por otra parte el tratamiento es crónico, y como se ha observado en la evidencia científica, el 50% de los adolescentes con una enfermedad crónica, no cumple las recomendaciones para su cuidado (30, 31). En concreto, un 25 % de los adolescentes con diabetes cometen errores con respecto a las dosis de insulina o no hacen los controles de glucosa diarios requeridos, ya que no son realmente conscientes de la importancia para su correcto tratamiento (32).

La adherencia al tratamiento va a depender de múltiples factores: psicológicos, sociales y demográficos. Entre los factores psicológicos, Anderson (33) señala que la variable autoeficacia correlaciona positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes, siendo además un mediador para la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento (34). La adherencia al tratamiento de un adolescente con diabetes, está influenciada por la información que éste tiene acerca de su enfermedad y el tratamiento, sin embargo no parece suficiente para promover los cambios conductuales requeridos, sino que el nivel de autoestima y la motivación de logro tienen también una gran influencia (35).

Dentro de los factores sociales, el apoyo familiar es particularmente importante no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el cumplimiento diario del tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía (28).

Las relaciones con compañeros de trabajo o estudios pueden constituir una fuente de apoyo (28). La aceptación en estos grupos, la comprensión que estas personas puedan mostrar, así como el apoyo material para cumplir el tratamiento son condiciones deseadas para el mejor desenvolvimiento del paciente diabético.

Las relaciones sociales en general pueden contribuir a que el paciente logre una identidad social positiva en la medida en que sean capaces de percibirlo como una persona igual a los demás pero que a su vez requiere cumplir un tratamiento: la comprensión, apoyo y aceptación que provenga de los demás confiere al paciente diabético seguridad y confianza (36).

Las características de la enfermedad y de su tratamiento requieren un reajuste en el estilo de vida del paciente. Las actividades y hábitos de su vida cotidiana, deben ser variadas en función de las demandas de la enfermedad. Esto trae en la mayoría de los casos reacciones de inadaptación psicológica y social (más o menos duraderas), por ello sería conveniente la atención psicológica tanto en (36-38) pacientes de reciente comienzo, como en pacientes descompensados metabólicamente por razones de índole psicológica predominantemente y en pacientes con dificultades de adaptación a la enfermedad, además de situaciones especiales.

En pacientes de reciente comienzo, el comienzo de la enfermedad puede constituir una etapa crítica. La persona se enfrenta sin esperarlo y, por tanto, sin estar preparada para ello a una enfermedad crónica que desajusta toda su vida y que impone un tratamiento que debe cumplir diariamente y para lo cual

no basta con la medicación, sino que debe reajustarse toda la actividad diaria a las nuevas demandas de la enfermedad.

El paciente se preocupa, incluso se angustia, pensando en cómo será capaz de desarrollar su vida a partir de ese momento, incluso puede percibir mayor incapacidad de la que le produce la enfermedad. Por ello suelen aparecer síntomas ansiosos y/o depresivos que requieren tratamiento.

La atención psicológica puede encaminarse a la disminución de la ansiedad, mediante técnicas de reestructuración cognitiva que permitan modificar las ideas, juicios y conceptos establecidos por el paciente pero erróneos total o parcialmente.

En pacientes descompensados metabólicamente por razones de índole psicológica, predominantemente, debe tenerse en cuenta que en el control metabólico intervienen la dieta, la actividad física y las situaciones de estrés, entre otros factores. Estos factores pueden aparecer en el paciente adolescente con diabetes de forma independiente o combinada. El estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol, lo que lleva asociado, en muchos casos, el incumplimiento de las pautas prescritas para el paciente.

En aquellos pacientes con dificultades de adaptación a la enfermedad la inadaptación puede observarse tanto en la vida personal como social. En el primer caso se encuentran los pacientes que se niegan a cumplir algunos aspectos del tratamiento. La inadaptación social es el resultado de la dificultad objetiva o subjetiva que el paciente encuentra para conciliar las condiciones y

exigencias del medio en el que se mueve, y el cumplimiento del tratamiento en general.

La reorientación del paciente partiendo de nuevas metas resulta indispensable para sensibilizar al mismo con la necesidad de hacer reajustes en su vida hacia un estilo mediante el cual pueda continuar siendo una persona útil y realizada socialmente.

Además, existen situaciones especiales que deben tenerse en cuenta, como son embarazo, aparición de complicaciones que aumentan la incapacidad (problemas de visión), niños diabéticos al llegar a la pubertad (edad de riesgo para el incumplimiento del tratamiento y del desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria) y pacientes geriátricos.

DATOS DE LA ENTREVISTA

Mujer de 19 años que acude a consulta en marzo de 2010 derivada por su endocrinóloga con quien tiene revisiones cada 6 meses. El motivo de consulta: *“realmente me ha mandado mi endocrina, no tengo muy claro en qué me podéis ayudar”*. Acude acompañada por su madre.

Con respecto a los antecedentes personales la paciente fue diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1 a los 11 años de edad.

En cuanto a los antecedentes familiares, su abuela materna padecía también diabetes mellitus tipo 1 y su madre fue intervenida de tiroidectomía por presencia de nódulos.

En el momento de la entrevista vive con su madre y la pareja actual de ésta (su padre falleció cuando la paciente tenía 8 años). Tiene un hermano 9

años mayor que ella que no vive en la casa familiar pero con quien mantenía una relación muy cercana.

Estudiaba 1º de bachillerato, curso que realizaba en un nuevo instituto. Refería que el rendimiento en el primer trimestre no había sido bueno, había faltado muchas veces a clase debido, según refería, al mal control de la glucemia (presencia de numerosas hipoglucemias). Posteriormente, comentaba que además tenía dificultad para organizarse: *“suelo dejar todo para el final”*.

En la exploración psicopatológica, señalaba cambios en su estado de ánimo derivados del descontrol de la glucemia *“me siento más triste”*. No manifestaba ansiedad. Señalaba sensación de sueño poco reparador desde hacía unas semanas y mayor irritabilidad, todo ello era atribuido por la paciente, al mal control de los niveles de glucemia.

En cuanto a su adaptación social. Comentaba haber mejorado respecto a su timidez. Refería tener un grupo de amigos que conocen su enfermedad. Negaba evitar situaciones que coincidiesen o implicasen comer con amigos, señalando que *“normalmente cuando me ofrecen algo que no debo comer, digo que no me apetece para no decir que soy diabética, aunque por otra parte no siento vergüenza de admitirlo”*.

Con respecto a sus habilidades sociales, la paciente señalaba no tener dificultad para relacionarse o conocer gente nueva. En cuanto a sus estrategias de afrontamiento para resolver problemas, cuando se trata de un problema personal intentaba solucionarlo ella, sin pedir ayuda, aunque para otro tipo de situaciones, en alguna ocasión, pedía consejo.

Su madre comentaba que desde el diagnóstico de la enfermedad, a los 11 años, hasta los 16 años había llevado un buen seguimiento de las pautas. Sin embargo, a partir de los 16 años comenzó a picotear entre horas y tomar alimentos que debía evitar, como dulces, chucherías o patatas fritas. Posteriormente la paciente comentaba la irritabilidad que sentía cuando su madre trataba de corregir dicha conducta.

La paciente aportó una analítica del día 17 de febrero de 2010 en la que se observaba un nivel de hemoglobina glicosilada muy superior al recomendado (13.10%).

Al evaluar el cumplimiento por parte de la paciente de las pautas marcadas por su endocrinóloga se comprobó que no realizaba el control diario de glucosa recomendado de forma correcta (2 veces/día, mañana y noche), en cuanto a sus hábitos alimentarios, intentaba llevar horarios regulares de comida (su madre se encargaba de cocinar). Aunque debía hacer 5 comidas/día, en ocasiones no merendaba o tomaba un desayuno insuficiente o desequilibrado. Además, no realizaba ningún ejercicio físico alegando no tener tiempo para hacerlo.

La intervención psicológica pretende colaborar con el tratamiento médico y nutricional con el objetivo de modificar la conducta de la paciente persiguiendo una mayor adherencia al tratamiento prescrito para la diabetes.

Entre los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1, existe un gran número de transgresiones a la hora de cumplir una o todas las prescripciones del tratamiento (32). El origen de la mayoría de dichas transgresiones es no ser consciente de que su comportamiento actúa sobre su salud, ya que cada paciente

decide diariamente cómo hacer frente al cumplimiento del tratamiento y los eventos de la vida diaria.

Las dificultades más destacadas referidas por la paciente al inicio del tratamiento fueron: llevar a cabo una dieta adecuada sin la presencia del control familiar, ajustar los niveles de insulina según perfiles de glucemia y necesidades diarias en función al grado de actividad realizada, valorar poco el efecto del ejercicio sobre la diabetes por falta de planificación y hábito y la ausencia de reconocimiento del efecto que los eventos estresores tienen sobre su salud, tanto a nivel bioquímico como por disminución del control sobre los signos y síntomas propios de la enfermedad.

Los objetivos específicos que se marcaron con la paciente a nivel psicológico fueron los siguientes: optimizar la realización de controles de glucemia, conseguir el seguimiento de una dieta equilibrada sin necesidad de control familiar, sistematización del ejercicio y el manejo adecuado de las pautas terapéuticas de insulina y de las situaciones de la vida cotidiana para la integración de las prescripciones del tratamiento, adaptando dicho tratamiento a las peculiaridades de su vida diaria.

La intervención realizada tiene un carácter multidisciplinar, ya que, como se mencionó previamente, la intervención psicológica apoya el tratamiento médico y nutricional, siendo fundamental para conseguir una mayor eficacia y mejor pronóstico.

Mediante la nutricionista se le explican pautas correctas de alimentación y se establece un horario de ejercicio para fomentar la adquisición de dicho hábito.

Se le entrega un registro dietético donde tiene que señalar lo que come en cada una de las ingestas diarias realizadas, de la forma más clara posible (indicando ingredientes, técnicas culinarias, cantidades y horario).

En cuanto a la intervención psicológica, se plantearon con la paciente objetivos concretos a corto plazo para conseguir un mejor control de los aspectos médicos y nutricionales (control de glucosa, alimentación, ejercicio), considerando además su actividad diaria (estudios) y problemas que puedan surgir en su vida social/familiar.

Al comienzo del tratamiento, al analizar los registros de alimentación de la paciente, se observaba que:

- Su dieta era desequilibrada, dada la escasa variedad en su alimentación (por ejemplo, cuando comía fruta, siempre era manzana, a lo que ella comentaba, *“siempre hago igual, cuando me da por una cosa la hago de forma repetida hasta que la aborrezco”*). En el registro de una semana podían encontrarse varios alimentos que comía de forma repetida, con lo cual se podía valorar la dieta como bastante limitada, por ello la probabilidad de que realizara una transgresión de las pautas recomendadas era elevada (como la posibilidad de picotear entre horas). Se le explican las consecuencias que dicho comportamiento puede tener en su salud y se intenta modificar su conducta con el fin de aumentar la variedad en su alimentación y con ello mayor probabilidad de cumplimiento y de adherencia a las pautas.

Para lograr dicho cambio en su comportamiento se le pidió que marcara un grado de consecución para la próxima semana, siendo lo más objetiva posible en su planteamiento, por ejemplo, cambiar el postre del almuerzo.

Dado que era su madre, en este caso, la encargada de comprar y preparar la comida, se le comenta la propuesta de cambio realizada por la paciente, para que, si fuera necesario, le recuerde las pautas.

- Saltarse comidas, especialmente las ingestas de media mañana o la merienda. Una de las razones que alegaba era el olvido de coger algo en casa (tiene indicaciones por parte de la nutricionista de posibles alimentos para tomar en dichas ingestas). Dado que acude al instituto en horario de mañana, el recreo marcaba el momento de una de las tomas, la media mañana. En este sentido se le plantea a la paciente el pensar sobre cómo se siente sabiendo que ella debe comer algo, no por apetencia, sino por las pautas prescritas con el fin de mantener adecuados niveles de glucosa. Y por otra parte, qué hacer/decir en caso de que le ofrezcan algo que no debe tomar (muchos alumnos no desayunan en casa y en muchos casos lo que toman en el recreo suelen ser snacks, dulces, bocadillos y refrescos).

Pasadas 2-3 semanas del comienzo del tratamiento se le pidió que anotase en el registro dietético los niveles de glucosa, se elaboró una gráfica con dichos datos y se le entregó para que viese directamente los logros conseguidos. En el transcurso de unos 6 meses y comprobando en los resultados de hemogramas que los niveles de hemoglobina glicosilada continuaban alterados, se le pidió anotar las dosis de insulina que se inyectaba (en febrero de 2010, hemoglobina glicosilada 13.10%, en junio 10.53%, en septiembre 12.60%, tras el verano, época durante la que la paciente volvió a empeorar con respecto a los hábitos de alimentación y el ejercicio físico, en octubre 12.50% y en abril de 2011, 12.20%).

Se comenzó a llevar a cabo un entrenamiento que desarrollase aquellas habilidades que le permitiesen responder correctamente a cierto tipo de situaciones que implicaran aspectos relacionados con la diabetes: admitir la patología, saber explicar en qué consiste la enfermedad, saber delimitar las restricciones de la dieta y rechazar alimentos inapropiados que le fueran ofrecidos.

A lo largo de las sesiones se comprobó que muy ocasionalmente hacía comentarios sobre los planes a nivel social del fin semana, las relaciones con amigos o con sus compañeros de clase. Esto indicaba un bajo grado de relación a ese nivel. Al preguntarle por ello, intentaba evitar el tema o respondía *“la gente es muy diferente a mí, yo no bebo ni fumo y no me siento cómoda”*. La paciente comentaba que la diabetes no limitaba su relación con amigos pero las actividades que lleva a cabo para distraerse suelen ser a solas o con la familia. Este aspecto debía ser trabajado con la paciente ya que, de alguna manera, limitaba, además, la expresión de sus emociones o sentimientos a personas cercanas, teniendo la mayoría de las veces un planteamiento único de muchos aspectos. En consulta, en pocas ocasiones comentaba cómo se sentía, por lo general había de sentirse muy agobiada o preocupada para manifestarlo, *“no quiero preocupar a mi madre”*. Se le explicó la relación que las emociones tienen sobre algunos aspectos de la salud, en el caso de su patología pueden llegar a influir negativamente en los niveles de glucosa o pueden llevar a un mal cumplimiento de las pautas prescritas, esta información le generó en un primer momento malestar, comentando *“si eso es así nunca voy a conseguir estar bien”*.

A primeros de septiembre, coincidiendo con exámenes de recuperación y, posteriormente, con vacaciones en la playa, hubo descontrol en los hábitos alimentarios y en el ejercicio conllevando una nueva alteración en los niveles de glucosa. La paciente, de nuevo, comentaba molestias digestivas que atribuía a la comida. Fueron necesarias varias semanas para que volviera a retomar las pautas que llevaba a cabo en cuanto a alimentación, horarios y ejercicio físico. Al comenzar el curso (repitió con 4 asignaturas) se fue haciendo más consciente de que había de cambiar su forma de organizar su tiempo, ya que solía hacerlo todo en el último momento. Debido a que no tenía el horario escolar completo se intentó organizar con ella las horas de clase, horas de trabajo (tanto en el instituto como en casa), método de estudio y realización de ejercicio físico. La paciente comenzó a cumplir las pautas establecidas, manifestando mayor seguridad y confianza en sí misma. Al llegar la fecha de los primeros exámenes aumentó considerablemente el nivel de ansiedad reflejándose, principalmente, en problemas de sueño y molestias digestivas que nuevamente atribuía a la comida. Se le explicó en qué consiste la ansiedad, así como los síntomas que podía presentar a nivel fisiológico, psicológico y conductual y se trabajaron con la paciente técnicas de inoculación del estrés mediante procedimientos de solución de problemas o reestructuración cognitiva, entre otros. La paciente puso en práctica dichas técnicas y consiguió disminuir los niveles de ansiedad *“me siento mejor al comprobar que todo lo que me ocurre no es debido a la diabetes y que hay situaciones que puedo controlar, ya que está en mis manos realizar cambios positivos”*.

Siempre que se producía una situación parecida (comentaba lo que ocurría, cómo se sentía, lo que pensaba) se intentaba hacer que la paciente

analizase cuál había sido su papel en dicha situación y pensase en razones para lograr cambios. En numerosas ocasiones solía comentar que hacía *“todo lo que puede para que su enfermedad vaya bien y no lo consigue”*. La paciente dejaba muchas veces las consecuencias de las diferentes situaciones que se le planteaban al puro azar, y por tanto se intentaba buscar con ella su implicación y responsabilidad en el resultado.

El papel de la madre en el tratamiento había ido cambiando a lo largo del mismo. Desde el comienzo era la encargada de la alimentación de la paciente, es decir, compraba los alimentos necesarios, cocinaba, recordaba las pautas y mejoraba la presentación de los platos para facilitarle a la paciente cumplir las pautas establecidas en cuanto a una dieta variada, completa y equilibrada. Con los resultados de las analíticas, previamente mencionadas, se comprobaba que la diabetes seguía sin estar controlada. Por este motivo, y tras comprobar mediante registros de comidas, fotos de los platos y la realización de ejercicio físico, que había un correcto cumplimiento de las pautas establecidas, se le pidió a la madre mayor implicación en el tratamiento. Más allá de recordar a la paciente medir los niveles de glucemia e inyectarse las dosis de insulina necesarias, la madre debía estar presente y comprobarlo, dado que existían antecedentes de manipulación de las dosis de insulina. Por otra parte, se pidió a la madre mayor control del dinero de la paciente, así como de la habitación, para afirmar o descartar la posibilidad de picoteo. Esta situación originó cierta tensión en la relación familiar, ya que la paciente comenzó a ver a su madre como una persona que *“controla”* más que como una figura de apoyo.

Durante los últimos dos meses la paciente refería dolor de piernas con intensidad suficiente para impedir un buen descanso nocturno. Se repasaron con

ella todas las pautas y la glucemia de los últimos días para comprobar la frecuencia de hipo/hiperglucemias que pudieran influir en dicha molestia. La paciente atribuía las molestias a hipoglucemias durante la noche, pero hasta hacía unas 3 semanas no comenzó a controlar dichas hipoglucemias.

Los objetivos conseguidos en este periodo con el tratamiento eran: la realización de controles de glucemia de forma adecuada y el adecuado ajuste de las dosis de insulina. En cuanto a la alimentación, la realización de cinco comidas/día, variedad en la alimentación, capacidad de rechazo de determinados alimentos (dulces) en situaciones sociales (boda, cumpleaños) y reducir la cantidad de algún alimento “no recomendable” en su dieta (patatas fritas). Con respecto al ejercicio, acudía a clases de Pilates 2 veces/semana además de andar todos los días (1 hora/día).

CONCLUSIÓN

Las características de la diabetes mellitus tipo 1 y de su tratamiento, hacen necesario un apoyo psicológico que facilite el cumplimiento y la adherencia a dicho tratamiento (médico y nutricional). En caso de tratarse de un adolescente se le debe ayudar a tomar conciencia de su enfermedad y de la importancia de realizar cambios en su estilo de vida para evitar, en la medida de lo posible, alteraciones en sus niveles de glucosa.

Para conseguir dichos cambios conductuales se tiene que enseñar al paciente, entre otros aspectos, a manejar su nivel de ansiedad, mejorar su motivación de logro y su autoestima y modificar ciertos pensamientos o creencias erróneas acerca de la enfermedad. No se debe olvidar el apoyo

familiar y social dado que su comprensión y su aceptación aportan al paciente confianza y seguridad.

REFERENCIAS

1. Martínez F, Fernández J. Emoción y salud. Desarrollos en psicología básica y aplicada. Tema monográfico: emoción y salud. Anales de Psicología. 1994; 10(2):101-109.
2. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. 2nd ed. Nueva York: Norton; 1950.
3. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-218.
4. Friedman H, Booth-Kewley S. The disease-prone personality: A meta-analytic view of the construct. Am Psychol. 1987; 42: 539-555.
5. Holroyd KA, Coyne J. Personality and health in the 1980s: Psychosomatic medicine revisited. J Pers. 1987; 55: 359-375.
6. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. Psychosomatics. 1991; 32(2): 153-164.
7. Selyé H. A syndrome produced by diverse noxiousagents. Nature. 1936; 138: 32.
8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer; 1984.

9. Ader R, Felten DL, Cohen N. Psychoneuroimmunology. 2nd ed. San Diego: Academic; 1991.
10. Borrás FX. Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. Revista de Psicología de la Salud. 1992; 4: 29-58.
11. Fernández Castro J, Doval Edo S, Santiago M. L'estrés docent dels mestres de Catalunya. Departament d'Ensenyament de la Generalitat; 1993.
12. Isenberg SA, Leherer PM, Hochrom SM. The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. Psychosomatic Medicine 1992; 54: 192-216.
13. Fernández-Abascal EG, Calvo F. Modelos psicofisiológicos de la hipertensión esencial. Revista Española de Terapia del Comportamiento. 1987; 3: 71-109.
14. Martínez-Sánchez F, Romero A, García J, Morales A. El dolor de cabeza funcional. Modelos explicativos. Av Psicol Clin Latinonot. 1992; 10: 43-62.
15. Blasco T. Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la QT en pacientes de cáncer. Revista de Psicología de la Salud 1992; 4(1): 41-61.
16. Font A. Náuseas anticipatorias y condicionamiento clásico. Rev Psicol Gen Apl. 1990; 43: 483-490.

17. Martín L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(3): 275-281.
18. Morales-Calatayud F. Introducción a la psicología de la salud. Hermosillo: Ed. UNISON; 1997.
19. Rodríguez-Marín J. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En: Psicología Social de la Salud. Madrid: Ed. Síntesis; 1995.
20. Grau-Abalo J. Estrés, salud y enfermedad. Material docente para la Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP; 1998.
21. Lau-Richard R. Cognitive representations of health and illness. En: Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants. New York: Plenum Press; 1997. p. 51-67.
22. Goleman D. La inteligencia emocional. 3 ed. Buenos Aires: Javier Vergara Editor SA; 1998.
23. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud. 1995; 7(1): 35-61.
24. Amigo-Vázquez I, Fernández C, Pérez M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998
25. Rodríguez-Marín J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

- En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Ed. Síntesis; 1995. p. 144-160.
26. Bohannon NJ. Insulin delivery using pen devices. Simple-to-use tools may help young and old alike. *Postgrad Medicine*. 1999; 106: 57-64.
 27. Chantelau E, Schiffers T, Schütze J, Hansen B. Effect of patient-selected intensive insulin therapy on quality of life. *Patient Educ Couns*. 1997; 30: 167-173.
 28. Kyngäs H, Hentinen M, Barlow J. Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care. *J Adv Nurs*. 1998; 27: 760-769.
 29. Kyngäs H. Compliance of adolescents with diabetes. *International Pediatrics Nursing*. 2000; 15: 260-267.
 30. Adams S, Pill R, Jones A. Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with asthma. *Soc Sci Med*. 1997; 45: 189-201.
 31. Chigier E. Compliance in adolescent with epilepsy or diabetes. *Journal of Adolescents Health*. 1992; 13: 375-379.
 32. Weissberg-Benchell J, Glasgow AM, Tinan WD. Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care*. 1995; 18: 77-82.
 33. Anderson R. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*. 2000; 11: 519-526.

34. Knecht MC, Syrjala AM, Laukkanen P, Knuuttila ML. Self-efficacy as a common variable in oral health behavior and diabetes adherence. *European J Oral Sci.* 1999; 107: 89-96.
35. Bleasing-Moore J. Does asthma education change behavior? To know is not to do. *Chest.* 1996; 109: 9-11.
36. Salvador M. Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psyche.* 2004; 13(1): 21-31.
37. Castro G, Rodríguez I, Ramos RM. Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista de la facultad de Ciencias de la Salud, Duazary.* 2005; 2(2): 147-150.
38. Menéndez E, Lamana C, Escalada MS, Iriarte A, Anda E, Argüelles I. Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico. *ANALES Sis San Navarra.* 1999; 22 Supl 3: 239-244.