



Diabetes y salud emocional

Una guía práctica para profesionales sanitarios que apoyan a adultos con diabetes tipo 1 y tipo 2



SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIABETES

Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica



SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIABETES

Esta guía práctica, edición española (2023), ha sido elaborada por la Sociedad Española de Diabetes en virtud de una sublicencia no exclusiva, libre de derechos de autor y sólo para España, de Diabetes Australia.

La guía práctica original (2020) fue desarrollada originalmente por el Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes (ACBRD), como actividad del Mental Health and Diabetes National Development Program, financiado como parte del National Diabetes Services Scheme (NDSS). El NDSS es una iniciativa del gobierno australiano administrada por Diabetes Australia. La dirección del Mental Health and Diabetes National Development Program corre a cargo de Diabetes Victoria. El ACBRD es una asociación para mejorar la salud entre Diabetes Victoria y Deakin University.

Traducción española realizada por Alejandro García Aragón y Alan Nance.

El grupo de expertos español que ha supervisado la adaptación de la guía al contexto cultural, lingüístico y sanitario español figura en la página 6.

La traducción y adaptación de la Guía Práctica ha contado con financiación sin restricciones de Roche, que no tuvo ningún papel en el proceso de traducción ni en la revisión del contenido. El grupo de expertos españoles conservó el pleno control editorial de la guía.

Cita sugerida: Hendrieckx C, Halliday JA, Beeney LJ, Speight J. Diabetes y salud emocional: una guía práctica para profesionales sanitarios que apoyan a adultos con diabetes tipo 1 o tipo 2. Madrid: Sociedad Española de Diabetes, 2023, 2ª Edición (España).

© La Commonwealth de Australia representada por el Ministerio de Sanidad, 2016 (edición australiana original), 2019 (UK), 2020 (Australia), 2021 (U.S.) y 2023 (España).

Las opiniones expresadas son las de las autoras y no reflejan necesariamente las del Gobierno australiano. La Commonwealth no se hace responsable de las recomendaciones, opiniones, ideas o estrategias expresadas en este documento. La Sociedad Española de Diabetes (SED) y Diabetes Australia creen que la información contenida en este recurso era exacta y fiable en el momento de su publicación. Los sitios web citados en la guía eran accesibles en el momento de su publicación. La SED y Diabetes Australia no pueden responsabilizarse de la exactitud o disponibilidad futura de estos sitios. La SED y Diabetes Australia no asumen responsabilidad alguna por las consecuencias adversas que puedan derivarse del uso del contenido de los recursos con fines clínicos. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta las circunstancias y necesidades individuales de las personas con diabetes cuando apliquen las habilidades descritas en esta guía en su práctica clínica.

Para obtener permiso para copiar o utilizar cualquier parte de esta guía, póngase en contacto con la Sociedad Española de Diabetes (SED).

Fotografías seleccionadas de Freepik

Índice

Prólogo a la edición española	4
Biografía de las autoras	5
Grupo de expertos de la versión española	6
Agradecimientos	7
Acrónimos y abreviaturas	8
Introducción	9
Cómo utilizar esta guía práctica y sus herramientas	16
Capítulo 1 - Comunicación y compromiso	23
Capítulo 2 - Afrontar la vida con diabetes	43
Capítulo 3 - Distrés por la diabetes	57
Capítulo 4 - Miedo a la hipoglucemia (y otros miedos específicos de la diabetes)	75
Capítulo 5 - Barreras psicológicas a la utilización de insulina	99
Capítulo 6 - Depresión	117
Capítulo 7 - Trastornos de ansiedad	139
Capítulo 8 - Problemas de la conducta alimentaria	157
Capítulo 9 - Derivación a un profesional de salud mental	179
Anexo A: Apoyo entre iguales	187
Anexo B: Ejemplos de estrategias para abordar el distrés por la diabetes	193
Anexo C: Ejemplos de estrategias para superar las barreras psicológicas para la utilización de insulina (para personas con diabetes tipo 2)	199
Fichas resumen	209
Términos y definiciones	223

Prólogo a la edición española

Marina, Iñaki y Javier me piden que prologue el libro que usted, lector profesional sanitario, tiene entre manos. Se trata de una excelente traducción y adaptación de “Diabetes y salud emocional” editado por el National Diabetes Services Scheme de Australia.

Esta guía es, llana y simplemente, una obra extraordinaria que puede servir de ayuda a miles de profesionales sanitarios de habla española implicados en la atención a la diabetes, como profesionales de la medicina familiar, enfermería, endocrinología, educación, salud mental, nutrición y el trabajo social. El objetivo de la guía es proporcionar a los profesionales información y recursos para concienciar y ayudar en el manejo de las repercusiones emocionales y de sanitarios de la diabetes (y viceversa).

La guía está dividida en nueve capítulos. Ocho se refieren a aspectos clínico-sanitarios (comunicación, vivir con diabetes, distrés por la diabetes, miedo a la hipoglucemia, barreras psicológicas para el uso de insulina, depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria). El último capítulo se refiere a cómo y cuándo derivar a la persona a un especialista en salud mental, lo cual ya es una declaración de principios en el sentido de que la salud – física y mental – es un todo y, en la medida de lo posible y salvo claras excepciones, debe ser asumida por el equipo de atención en diabetes. Lamentablemente, al menos en nuestro medio, las personas que tratan a personas con diabetes tienen una competencia profesional muy superior en cuestiones de salud física que en aspectos emocionales. De ahí la extraordinaria pertinencia de esta guía, que debería ser de obligada lectura para todos los profesionales sanitarios que pretendan tratar eficazmente a las personas con diabetes.

El libro está planteado según la mejor tradición anglosajona y respira rigor académico y pragmatismo a partes iguales. Su contenido está basado en la evidencia y en el criterio de personas expertas en psicología y diabetes. Cada capítulo empieza con “mensajes clave” y “puntos a tener en cuenta”, contiene casos clínicos que ilustran los conceptos a estudiar, remite a cuestionarios para evaluar aspectos como la ansiedad o la depresión o los trastornos alimenticios, y termina con un listado de recursos y una bibliografía extensa y reciente. A menudo contiene cuadros resumen y tiene un original “modelo de las 7 Aes” o “de los 7 pasos”: Ten en cuenta (*Aware*), Pregunta (*Ask*), Evalúa (*Assess*), Aconseja (*Advise*), Ayuda (*Assist*), Deriva (*Assigne*) y Organiza (*Arrange*) para ayudar al profesional a abordar el problema con el paciente.

Me permito insistir. Esta guía práctica será de extraordinaria utilidad para los profesionales que atienden a personas con diabetes. Mis más efusivas felicitaciones a las personas que han hecho posible esta versión española.

Dani Figuerola
Médico especialista en Endocrinología y fundador
de la Fundación Rossend Carrasco i Formiguera

Biografía de las autoras

Christel Hendrieckx

La Dra. Christel Hendrieckx es directora adjunta del Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes (ACBRD) e investigadora sénior. Se formó como psicóloga clínica en la Brussels Free University (Bélgica). Es doctora en Psicología por la Royal Holloway University de Londres por su investigación sobre el impacto psicológico del cribado de la diabetes tipo 1. Es psicóloga colegiada en el Colegio de Psicólogos de Bélgica. A lo largo de su carrera, que abarca más de 30 años, Christel ha participado activamente tanto en la investigación como en la atención clínica de personas con diabetes. Sus principales intereses clínicos y de investigación se centran en la mejora del bienestar emocional de las personas con diabetes, la prevención de la hipoglucemia grave en personas con diabetes tipo 1 y la evaluación del impacto de los nuevos tratamientos y tecnologías en los resultados psicológicos. Christel dirige la plataforma conductual del Australian Centre for Accelerating Diabetes Innovations (ACADI).

Jennifer A. Halliday

Jennifer es investigadora y doctoranda en el Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes (ACBRD). Es licenciada en Ciencias de la Salud, con matrícula de honor, por la Deakin University. Su doctorado abarca el desarrollo basado en la evidencia y evaluación de recursos (guía práctica y e-learning) diseñados para apoyar mejor a los profesionales sanitarios a la hora de identificar y abordar los problemas emocionales relacionados con la diabetes, como el distrés por la diabetes. A lo largo de su carrera, Jennifer ha coordinado diversos proyectos de investigación centrados en el impacto psicológico del uso de la tecnología en adultos con diabetes tipo 1, el bienestar psicológico de los adultos con diabetes, así como en las barreras y los facilitadores de la detección de problemas emocionales en el cuidado habitual de la diabetes y el miedo a la hipoglucemia. Desde 2012 hasta 2017, fue coordinadora del Programa Nacional de Desarrollo en Salud Mental y Diabetes del NDSS (National Diabetes Service Scheme).

Linda J Beeney

La Dra. Beeney es la investigadora principal del programa ReMinD (Researching Media and Communication in Diabetes) como honorary associate en endocrinología,

en la Sydney Medical School (University of Sydney). Completó el grado de psicología y el doctorado en medicina (endocrinología) en la University of Sydney. Como becaria del National Health and Medical Research Council (NHMRC), le concedieron una estancia de investigación del NHMRC y obtuvo una beca postdoctoral en Harvard Medical School.

La investigación actual de la Dra. Beeney se centra en estudios experimentales sobre el lenguaje de la diabetes, el análisis de los mensajes sobre la diabetes que emiten los medios de comunicación y el establecimiento de un marco para la comunicación del riesgo de complicaciones, todo ello gracias a la financiación de la Universidad de Sydney. Además, la doctora Beeney, como psicóloga especializada en diabetes, tiene una próspera clínica privada y es la directora de Medical Psychology Services, una consultoría especializada en los aspectos psicológicos de las enfermedades crónicas.

Jane Speight

La profesora Jane Speight es la directora del Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes (ACBRD) y ocupa la cátedra de Investigación Social y del Comportamiento en la Diabetes en la Deakin University. Es doctora en Psicología de la Salud por la Royal Holloway University de Londres por su investigación para elaborar medidas del conocimiento y la calidad de vida para mejorar el cuidado de la diabetes. Es psicóloga colegiada y miembro de la British Psychological Society (BPS) y de la Royal Society of Medicine del Reino Unido. Especializada en los aspectos psicológicos de la diabetes desde hace más de 20 años, Jane dirige un amplio y variado programa de investigación en Australia, y mantiene una estrecha colaboración con colegas del Reino Unido y Dinamarca. Con su trabajo pretende mejorar tanto la salud como la calidad de vida de las personas con diabetes y animar a los profesionales sanitarios a comprender mejor el impacto de la diabetes y su manejo desde el punto de vista de la persona. Desde 2012 hasta 2021, Jane dirigió el Área de Prioridad Nacional de Salud Mental y Diabetes del National Diabetes Service Scheme (NDSS) (el antiguo National Development Programme).

Grupo de expertos de la versión española

Marina Beléndez Vázquez

Marina Beléndez es profesora titular en la Universidad de Alicante. Es doctora en Psicología por su investigación sobre la efectividad de un programa conductual para el manejo del estrés en adolescentes con diabetes. Es especialista en Psicología Clínica. Desde 2009 dirige el grupo de investigación Psicología Social y Salud (PSS) en la Universidad de Alicante. Su interés de investigación principal se ha centrado en el estudio de los aspectos psicosociales de la diabetes y, específicamente, en la validación de medidas de evaluación psicológica dirigidas a personas con diabetes o sus familiares. Cuenta con numerosas publicaciones, incluyendo artículos de revistas, libros y capítulos de libro, así como una gran cantidad de trabajos presentados en congresos de carácter nacional e internacional. Ha realizado estancias en centros internacionales de referencia en psicología de la salud como el King's College de Londres y el Department of Medical Psychology en la Vrije Universiteit, de Amsterdam, uno de los centros pioneros y referentes en la investigación de los aspectos psicológicos de la diabetes. Pertenece al Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica de la Sociedad Española de Diabetes.

Iñaki Lorente

Iñaki Lorente es psicólogo y máster en Relación de Ayuda y Counselling y en Psicología Clínica y de la Salud. Es orientador escolar y durante 20 años ha trabajado como psicólogo en la Asociación Navarra de Diabetes. Es miembro del grupo de Trabajo de Educación Terapéutica de la Sociedad Española de Diabetes. Ha participado en la Fundación para la Diabetes como miembro de su patronato y, posteriormente, en su consejo asesor. Desde su gestación, ha sido miembro del consejo asesor del Proyecto Diguan (Sanofi) dirigido a adolescentes, abordando temas relacionados con la diabetes. Asimismo, ha sido profesor invitado en másteres relacionados con la salud en distintas universidades y ha publicado varios libros sobre la diabetes, entre ellos: "Te acaban de decir que tienes diabetes", "Apuntes para una vida con diabetes".

Javier Hurtado

Javier Hurtado es psicólogo clínico y experto universitario en Educación Diabetológica por la Universidad de Sevilla. Inició sus primeros trabajos de asistencia e investigación en diabetes en la Cátedra de Endocrinología del Hospital Universitario de Valme en 1994, y posteriormente abrió una consulta privada para atender a personas y familias con diabetes. Autor de numerosos artículos, capítulos de libros y conferencias en congresos especializados, en 2006 entró en Sanofi como responsable de Proyectos Educativos en la Unidad de Diabetes, y en 2019 pasa a ser responsable de Programas de Apoyo a Pacientes en la misma unidad. Fue miembro del equipo de técnicos que elaboró el 2º Plan Integral para la Diabetes en la Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Socio de la Sociedad Española de Diabetes y miembro del Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica desde su fundación, desde sus inicios ha estado centrado en mostrar la necesidad del profesional de la psicología dentro de los equipos de atención en diabetes, así como que estos conozcan y tengan en cuenta valorar los aspectos psicológicos y emocionales en todas las personas con diabetes. En los últimos años, además, ha centrado parte de sus esfuerzos en defender la importancia del lenguaje en diabetes.

Agradecimientos

El grupo de expertos de la versión española de esta guía desea agradecer a las siguientes personas y organizaciones su apoyo en la elaboración de esta guía:

- **Sonia Antón**, por haber creído en este proyecto desde el mismo instante en que se gestó.
- **Ana Calvo**, enfermera especializada en diabetes, por sus acertados comentarios desde el punto de vista de la Enfermería.
- **Carmen Yoldi**, enfermera de práctica avanzada en diabetes, por su apoyo y orientación en las etapas iniciales del proyecto.
- **La Sociedad Española de Diabetes (SED)**, por hacer posible que esta guía práctica pueda estar disponible para los profesionales sanitarios que acompañan y apoyan a las personas con diabetes en su labor diaria.
- **Christel Hendrieckx**, directora adjunta del Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes, por su disponibilidad, colaboración y aliento en todo el proceso de elaboración de esta guía.
- **Jane Speight**, directora del Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes, por facilitar y apoyar la creación de esta guía.

La versión original de la guía práctica australiana (2020) está disponible, incluidos el prólogo original, los agradecimientos y el Grupo de Referencia de Expertos, en: <https://www.ndss.com.au/about-diabetes/resources/find-a-resource/diabetes-and-emotional-health/>

Acrónimos y abreviaturas

- 7 As o 7 pasos** Ten en cuenta (*Aware*), Pregunta (*Ask*), Evalúa (*Assess*), Aconseja (*Advise*), Ayuda (*Assist*), Deriva (*Assign*) y Organiza (*Arrange*)
- CDO** Comunidad de Diabetes Online
- CIE-11** Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento, 11ª edición
- DDS** Diabetes Distress Scale (Escala de Distrés por la Diabetes)
- DEPS-R** Diabetes Eating Problem Survey – Revised (Entrevista de Problemas de Alimentación en Diabetes – revisada)
- DSM-5** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición
- EPICEE** Entorno, Percepción del paciente, Invitación, Comunicar, Empatía, Estrategia y resumen
- GAD-2** Generalised Anxiety Disorder-2 (Cuestionario de Ansiedad Generalizada, versión de 2 ítems)
- GAD-7** Generalised Anxiety Disorder-7 (Cuestionario de Ansiedad Generalizada, versión de 7 ítems)
- HbA1c** Hemoglobina Glucosilada
- HFS-II W** Hypoglycaemia Fear Survey version two: Worry Scale (Escala de Miedo a la Hipoglucemia-II: escala de preocupación)
- IMC** Índice de Masa Corporal
- ISRSs** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina
- ITAS** Insulin Treatment Appraisal Scale (Escala de Valoración del Tratamiento con Insulina)
- MF** Médico o médica de familia. Especialista en medicina familiar
- mSCOFF** SCOFF Modificado. Cuestionario breve para cribado de trastornos de alimentación
- PAID** Problem Areas in Diabetes scale (Escala de Áreas Problemáticas en la Diabetes)
- PHQ-2** Patient Health Questionnaire-2 (Cuestionario de Salud del Paciente, versión de 2 ítems)
- PHQ-9** Patient Health Questionnaire-9 (Cuestionario de Salud del Paciente, versión de 9 ítems)
- TCA** Trastornos de la Conducta Alimentaria
- TCC** Terapia Cognitivo Conductual
- TCCM** Terapia Cognitivo Conductual Mejorada
- TIP** Terapia Interpersonal
- WHO-5 (OMS-5)** World Health Organization Well-being Index Five (Índice de Bienestar de la OMS)

Introducción

El manejo de la diabetes es muy complejo y exigente. Actividades como analizar la glucemia, inyectarse insulina, tomar medicamentos, realizar actividad física de forma habitual y llevar una alimentación sana, requieren un profundo conocimiento sobre la diabetes, junto con habilidades para afrontarla de manera saludable, resolver problemas y reducir los riesgos asociados.¹ La diabetes es más que un problema de salud física: tiene repercusiones conductuales, psicológicas y sociales, y exige un alto nivel de autoeficacia, resiliencia, control percibido y empoderamiento.² Por tanto, no es de extrañar que convivir con esta enfermedad afecte al bienestar emocional y a la calidad de vida de las personas.

Los problemas emocionales y de salud mental que, de ahora en adelante, denominaremos «problemas psicológicos», como el distrés por la diabetes y la depresión, son habituales entre los adultos con diabetes, y están asociados a un manejo subóptimo de la enfermedad, a complicaciones relacionadas con la diabetes, a la reducción de la calidad de vida y al aumento de los costes de la atención sanitaria.³ Como señalan Jones y sus colegas, «mantener o conseguir el bienestar psicológico y una buena calidad de vida ya es, en sí mismo, un resultado importante en el cuidado de la diabetes». ⁴ Este sentimiento lo comparten las personas con diabetes y los profesionales sanitarios, quienes reconocen que la salud emocional es un componente importante de los cuidados convencionales de la diabetes.⁵⁻⁹

¿Por qué es necesaria esta guía práctica?

“ Debemos superar la tendencia a separar de manera artificial el aspecto emocional del físico en el manejo de la diabetes, ya que puede llevarnos a etiquetar como patologías los aspectos emocionales de la enfermedad. Ambos están tan estrechamente interrelacionados que resulta contraproducente limitarse a calificar de comorbilidades los aspectos emocionales. ”

*Lawrence Fisher, Jeffrey Gonzalez
y William Polonsky)²⁰*

Dado que separar la atención psicológica del manejo de la diabetes no es algo fácil ni deseable, hay muchas voces que abogan por la incorporación de la atención psicológica básica a las vías de atención de la diabetes, incluidos la evaluación y el tratamiento de los problemas psicológicos a los que suelen enfrentarse las personas con diabetes.¹¹ Las directrices internacionales reflejan este punto de vista y recomiendan sensibilizar sobre los problemas psicológicos de la diabetes y evaluarlos en la práctica clínica ([ver cuadro 1](#)). Además, la atención a la salud mental de las personas con diabetes está reconocida como una área prioritaria en la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud 2012, así como en los Planes Integrales para la Diabetes de las distintas comunidades autónomas:

“ Favorecer una atención integral de los pacientes con DM, que incluya sus aspectos psicológicos, sociales y su entorno. ”

(Ministerio de Sanidad, 2012)¹² ”

A pesar de las numerosas directrices disponibles y del reconocimiento por parte de los profesionales sanitarios y las autoridades gubernamentales, las necesidades de salud emocional y mental de las personas con diabetes a menudo pasan desapercibidas y no se atienden en la práctica clínica.^{13,14} Además, existen pocos datos que demuestren que se están llevando a cabo avances importantes en la aplicación de dichas recomendaciones.^{15,16} Entre las barreras habituales que mencionan los profesionales sanitarios están la falta de conocimientos, falta de confianza, falta de tiempo y el acceso limitado a recursos prácticos.¹⁷ Aunque las directrices existentes reconocen la importancia de los problemas psicológicos en la diabetes y algunas hacen recomendaciones para evaluarlos, la mayoría no ofrece suficiente orientación en cuanto a cómo incorporarlas en la práctica clínica diaria. Esta guía práctica está diseñada para complementar y facilitar la aplicación de las directrices existentes ([ver cuadro 1](#)).

La finalidad de esta guía práctica es promover el conocimiento y la comunicación de los problemas psicológicos que afectan a los adultos con diabetes.

Cuadro 1: ¿Qué dicen las directrices internacionales en materia de salud emocional y mental

Directrices para la atención clínica tanto de la diabetes tipo 1 como tipo 2

«Considerar la evaluación de los síntomas de distrés por la diabetes, de depresión, de ansiedad, de trastornos alimentarios y de las capacidades cognitivas utilizando instrumentos estandarizados y validados que sean adecuados para el paciente en la primera consulta, así como periódicamente y cuando se produzca un cambio en la enfermedad, en el tratamiento o en sus circunstancias personales».

«Realizar controles rutinarios a las personas con diabetes para detectar distrés por la diabetes, sobre todo cuando no se cumplan los objetivos del tratamiento y/o cuando aparezcan complicaciones de la diabetes».

«La atención psicosocial debe integrarse en un enfoque colaborativo centrado en el paciente y ofrecerse a todas las personas con diabetes en aras de optimizar los resultados en salud y la calidad de vida relacionada con la salud».

(American Diabetes Association, 2019)¹⁸

«El cribado de la depresión debería realizarse de forma rutinaria en adultos con diabetes porque la depresión que se deja sin tratar puede tener graves consecuencias clínicas para los pacientes con diabetes».

«Se deben derivar a los pacientes con depresión a profesionales de la salud mental que sean miembros del equipo de cuidado de la diabetes».

(American Association of Clinical Endocrinologists y American College of Endocrinology, 2015)¹⁹

«Las personas con diabetes se deben evaluar regularmente para detectar el distrés psicológico relacionado con la diabetes y los trastornos psiquiátricos (p. ej. trastornos depresivos y ansiosos) mediante cuestionarios validados o entrevista clínica».

«Las intervenciones psicosociales deben integrarse en los planes de cuidado de la diabetes».

(Canadian Diabetes Association, 2018)²⁰

«Las personas con diabetes son evaluadas para detectar problemas psicológicos (como la depresión, la ansiedad, el miedo a la hipoglucemia, trastornos alimentarios y problemas para afrontar el diagnóstico) y los problemas detectados se gestionan debidamente... Las necesidades y preferencias del paciente deben tenerse en cuenta en el tratamiento y la atención».

(National Institute for Health and Care Excellence, 2011)²¹

«Se recomienda evaluar periódicamente un amplio abanico de problemas psicológicos y conductuales en... adultos con diabetes tipo 1 y tipo 2... lo que debería incluir la ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios».

«..... derivar a las personas con problemas psicológicos importantes a los servicios o a los colegas que tengan experiencia en la materia».

(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017)²²

Directrices para la atención clínica específica de la diabetes tipo 1

«Los profesionales clínicos deben ser conscientes de que es habitual la coexistencia de trastornos psicológicos en la diabetes tipo 1... Considere la concurrencia de trastornos psicológicos, como trastornos alimentarios clínicos y subumbrales, cuando evalúe a personas con diabetes tipo 1 y con un control glucémico subóptimo, con omisión de insulina, con conductas alimentarias alteradas, con una pérdida de peso sin causa aparente o con ingresos recurrentes por cetoacidosis diabética».

«Los equipos de cuidado de la diabetes deben tener un acceso adecuado a los profesionales de la salud mental para que los apoyen a la hora de, en primer lugar, evaluar el funcionamiento psicológico y, en segundo lugar, ofrecer apoyo psicológico».

(Australian Paediatric Endocrine Group y Australian Diabetes Society, 2011)²³

Directrices para la atención clínica específica de la diabetes tipo 2

«Anualmente se pueden evaluar a los pacientes con diabetes para detectar problemas de salud mental, aislamiento/red social y estrés familiar o laboral. Considere la posibilidad de evaluar el distrés por la diabetes mediante el cuestionario PAID, y la depresión con el cuestionario PHQ-2. Pregúntele por posibles complicaciones de la diabetes, así como por otras patologías coexistentes que conozca, incluyendo el estrés psicológico y/o la depresión».

(Royal Australian College of General Practitioners, 2016)²⁴

«A la hora de comunicarse con una persona con diabetes, adopte un enfoque integral centrado en la persona y respete el papel central que desempeña esa persona en sus cuidados».

«Explore la situación social, las actitudes, las creencias y las preocupaciones relacionadas con la diabetes y los problemas con el autocuidado. Evalúe periódicamente el bienestar (incluidos el estado de ánimo y el distrés por la diabetes) con preguntas o con medidas validadas (p. ej. el WHO-5). Hable con la persona con diabetes de los resultados y de las repercusiones clínicas y comuníqueles los resultados a otros miembros del equipo cuando sea conveniente».

«Asesore a la persona con diabetes en cuanto a la educación diabetológica y la atención continuas de la enfermedad. Derívela a un profesional de la salud mental con conocimientos de diabetes cuando esté indicado».

(Federación Internacional de Diabetes, 2014)²⁵

Directrices para la atención clínica de la diabetes tipo 2 (solo para personas mayores)

«El cribado y el seguimiento de los síntomas depresivos en personas mayores con diabetes debería realizarse en el momento del diagnóstico, ser partes integrales de la atención diabetológica habitual y entrar en la revisión anual».

(Federación Internacional de Diabetes, 2013)²⁶

Los objetivos de esta guía son:

- Concienciar a los profesionales sanitarios de la prevalencia y las repercusiones de los problemas psicológicos entre los adultos con diabetes.
- Ofrecer un conjunto de puntos a tener en cuenta en la identificación, comunicación y abordaje de los problemas psicológicos en adultos con diabetes en la práctica clínica.
- Fomentar entre los profesionales sanitarios el desarrollo de habilidades comunicativas relacionadas con los problemas psicológicos en la atención a la diabetes con ejemplos de preguntas y respuestas y estudios de caso para mostrar cómo se aplican.
- Ofrecer las herramientas prácticas (p. ej., cuestionarios, hojas informativas y otros recursos) para apoyar en esta tarea a los profesionales sanitarios.

¿Qué ofrece esta guía práctica?

“ Me hace mucha ilusión... es muy importante, y si algún profesional sanitario la lee, aunque sea un capítulo [de la guía], creo que saldrá mucho más enriquecido y con más conocimientos sobre lo que es vivir con la diabetes. ”

Persona con diabetes^a

Esta guía es un recurso práctico, basado en la evidencia y con información clínica, que está destinado a apoyar a los profesionales sanitarios para satisfacer las necesidades de salud emocional y mental de los adultos con diabetes. Si bien esta guía se sustenta en trabajos empíricos, no es una guía basada en la evidencia. Una de las primeras decisiones que tomó el Grupo de Expertos del Programa Nacional de Desarrollo en Salud Mental y Diabetes del NDSS (Plan Nacional de Servicios para la Diabetes) de Australia, que elaboró por primera vez esta guía, es que el desarrollo de nuevas directrices o guías requerirían varias revisiones sistemáticas que consumen mucho tiempo y recursos. Además, dado que las recomendaciones para el seguimiento (“monitoring”) rutinario del bienestar emocional figuran en las directrices desde hace más de 25 años²⁷, hay pocos indicios de que elaborar una guía más, vaya a redundar en beneficio de las personas con diabetes.

Esta guía práctica fue elaborada originalmente por un equipo de expertas en psicología y diabetes (ver [página 5](#)). Su trabajo fue supervisado por un Grupo de Expertos de índole multidisciplinar. La guía también ha sido revisada por expertos académicos y clínicos con amplia experiencia, así como por usuarios finales (personas con diabetes y profesionales sanitarios).

Con el fin de adaptar esta guía al contexto cultural, lingüístico y sanitario español, la Sociedad Española de Diabetes (SED), en concreto el Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica, encargó a un equipo de expertos (ver [página 6](#)) la revisión y adaptación de la traducción de la guía.

¿A quién se dirige esta guía práctica?

Se espera que esta guía sirva de apoyo a los profesionales sanitarios que trabajan con adultos con diabetes tipo 1 o tipo 2.^b

Entre dichos profesionales sanitarios se encuentran: especialistas en medicina de familia (MF), profesionales de enfermería, educadores en diabetes cualificados, nutricionistas, especialistas en endocrinología y otros profesionales sanitarios que ofrecen apoyo a adultos con diabetes.

Esta guía también puede ser un recurso útil para profesionales de la salud mental, como profesionales de psicología clínica y sanitaria, de psiquiatría, de enfermería de salud mental y del trabajo social.

Así pues, esta guía se ha redactado en un formato genérico que puede adaptarse a las necesidades y circunstancias concretas de cada persona, y se puede utilizar de muchas maneras, dependiendo del nivel de conocimientos, experiencia, ámbito y tiempo disponible.

En este capítulo encontrarás información disponible sobre cómo utilizar esta guía.

^a Participante, en la consulta que se les hizo a las partes interesadas en 2015, para elaborar esta guía práctica.

^b En muchos casos es conveniente referirse por separado a la diabetes tipo 1 y a la diabetes tipo 2. Sin embargo, para facilitar la lectura, y dado que las investigaciones no suelen distinguir entre ambos tipos, en muchas partes de esta guía práctica nos referimos a las personas con diabetes de forma colectiva. Siempre que un estudio menciona claramente el tipo de diabetes que investiga, también se refleja en esta guía.

¿Cuál es el alcance de esta guía práctica?

Los puntos a tener en cuenta de esta guía se han desarrollado específicamente para realizarse en adultos con diabetes tipo 1 o tipo 2 en el contexto del ámbito sanitario español.

Esta guía no abarca:

- Niños ni adolescentes con diabetes tipo 1 ni tipo 2, ya que los consejos pueden no ser apropiados para su etapa de desarrollo.
- Adultos con otro tipo de diabetes (p. ej.: gestacional, tipo MODY, tipo LADA). Pueden servirles algunas partes de esta guía, pero lo más aconsejable es que apliques tu criterio profesional antes de usarla con ellos.
- Personas con barreras idiomáticas, culturales, cognitivas, de salud o de otro tipo. Está fuera del alcance de esta guía ofrecer recomendaciones específicas para cada uno de estos grupos tan diversos. En ausencia de datos científicos específicos sobre estos grupos, podrías extrapolar los datos de esta guía, siempre aplicando tu criterio profesional.

Además, hacemos hincapié en la importancia de adaptar tu enfoque a las necesidades de la persona, lo cual es aplicable a todas las personas con diabetes, no solo a las que pertenecen a colectivos diversos. A lo largo de esta guía, te sugerimos algunas cosas que podrías decir, o estrategias que podrías emplear, para abordar problemas de índole psicológica. Oriéntate por las sugerencias, pero evita utilizarlas como una lista de control. Piensa si la sugerencia es pertinente o no para cada persona y adapta tu enfoque a sus prioridades y preferencias.

¿Cuáles son los resultados esperados de esta guía práctica y sus correspondientes herramientas?

El objetivo general de esta guía es aumentar las oportunidades para que las personas con diabetes hablen de su bienestar emocional con los profesionales sanitarios que las atienden y, si tienen algún problema, lo puedan identificar y abordar. Hablar las cosas les servirá para tomar una decisión conjunta en cuanto a las estrategias más adecuadas para manejar la enfermedad. Se trata de un paso importante y positivo hacia la atención sanitaria integral. Los resultados esperados son:

- Los profesionales sanitarios se sentirán apoyados,

seguros y capacitados para:

- «hablar en serio» de salud emocional y mental en general o, más concretamente, de cómo la diabetes está afectando al bienestar emocional de la persona;
- abordar los problemas psicológicos que estén dentro de sus competencias y atribuciones;
- si es necesario, derivar a un especialista.
- Las personas con diabetes agradecerán que los profesionales sanitarios les pregunten por las repercusiones que está teniendo la diabetes en su bienestar emocional y que se les ofrezca apoyo para abordar los problemas psicológicos detectados.
- Los profesionales y los servicios sanitarios abordarán los problemas psicológicos de la diabetes de forma coherente y sistemática.
- La salud emocional y mental se integrará en las consultas diabetológicas como parte de «la atención habitual».
- Las personas con diabetes participarán activamente en la resolución de sus problemas psicológicos dentro de un enfoque centrado en la persona.

Cultura organizativa y otras consideraciones

Esta guía práctica se centra en las habilidades y recursos del propio profesional sanitario pero la mayoría trabaja en equipo y no de forma aislada. Somos conscientes de que el servicio, la consulta o la unidad en la que trabajas puede influir en tu capacidad para aplicar las recomendaciones de esta guía. No obstante:

“ No se producirá ningún cambio si nos quedamos esperando a que otra persona lo haga o a hacerlo en otro momento. Somos nosotros a quienes hemos estado esperando. Nosotros somos el cambio que buscamos. ”

(Barack Obama)

- Tú puedes ser el agente del cambio en tu entorno sanitario si pones en práctica los siguientes consejos para promover una atención holística:
 - Da ejemplo con tus actos de lo que te gustaría ver en los demás; puedes ser un modelo a seguir para tus compañeros de servicio, de consulta o de unidad al demostrarles que los problemas psicológicos son, cuando menos, tan importantes como otros aspectos del cuidado de la diabetes.

- Asegúrate de que todo el personal cuente con un ejemplar de esta guía, o tenga acceso a ella y a sus herramientas.
- Dale la oportunidad a todo el personal de mejorar sus habilidades comunicativas empleando un enfoque centrado en la persona.
- Organiza la formación continuada del personal en materia de problemas psicológicos y diabetes.
- Apoya activamente la supervisión y asesoría para desarrollar habilidades para abordar los problemas psicológicos de las personas con diabetes.
- Apoya al personal en formación para que acuda a los debates sobre problemas psicológicos y diabetes, y ayúdala a revisar y reflexionar sobre los cuidados que presta.
- Añade un enfoque holístico a los cuidados de la diabetes en tu equipo.

Referencias

1. American Association of Diabetes Educators. AADE7 self-care behaviors. *Diabetes Educator*. 2008;34(3):445-9.
2. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004;22(3):123-7.
3. Ventura AD, Browne JL, et al. Diabetes MILES-2 2016 Survey Report. Melbourne: Diabetes Victoria; 2016.
4. Jones A, Vallis M, et al. If it does not significantly change HbA1c levels why should we waste time on it? A plea for the prioritization of psychological well-being in people with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2015;32(2):155-63.
5. Davies M, Dempster M, et al. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabetic Medicine*. 2006;23(8):917-19.
6. Hendrieckx C, Bowden J, et al. An audit of psychological well-being in adults with type 1 diabetes. Presentado en: Australian Diabetes Society and Australian Diabetes Educators Society Annual Scientific Meeting. 2012; Brisbane, Australia.
7. Snoek FJ, Kersch NY, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): baseline data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care*. 2011;34(3):601-3.
8. Snoek FJ, Kersch NY, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND)-2: follow-up data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care*. 2012;35(11):2128-32.
9. Novo Nordisk. The DAWN experiment – an exercise in communication. [citado 9 Julio 2015]. Disponible en: diabetesincontrol.com/wp-content/uploads/PDF/dawn_experiment.pdf.
10. Fisher L, Gonzalez JS, et al. The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic Medicine*. 2014;31(7):764-72.
11. van der Feltz-Cornelis CM. Depression in diabetes mellitus: to screen or not to screen? A patient-centred approach. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. 2011;11(6):276-81.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2012. Madrid, 2012. [citado 8 Febrero 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
13. Li C, Ford ES, et al. Undertreatment of mental health problems in adults with diagnosed diabetes and serious psychological distress: the behavioral risk factor surveillance system, 2007. *Diabetes Care*. 2010;33(5):1061-4.
14. Pouwer F, Beekman AT, et al. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*. 2006;60(2):235-40.
15. Fisher L, Glasgow RE. A call for more effectively integrating behavioral and social science principles into comprehensive diabetes care. *Diabetes Care*. 2007;30(10):2746-9.
16. Speight J. Managing diabetes and preventing complications: what makes the difference? *Medical Journal of Australia*. 2013;198(1):16-7.
17. Mosely K, Aslam A, et al. Overcoming barriers to diabetes care: perceived communication issues of healthcare professionals attending a pilot Diabetes UK training programme. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010;87(2):e11-4.
18. American Diabetes Association (ADA) 5. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2019;42(Suppl 1):S46-60.
19. American Association of Clinical Endocrinologists Task Force for Developing a Diabetes Comprehensive Care Plan, Handelsman Y, et al. Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. *Endocrine Practice*. 2015;21(Suppl 1):S1-87.
20. Lipsombe L, Booth G, et al. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Diabetes and Mental Health. *Canadian Journal of Diabetes*. 2018;42(Suppl 1): S88-S103.

21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diabetes in adults quality standard: NICE quality standard 6, 2011 [citado 10 Diciembre 2015]; Disponible en: nice.org.uk/guidance/qs6.
22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes: A national clinical guideline. Edinburgh: 2017.
23. Craig ME, Twigg SM, et al. National evidence-based clinical care guidelines for type 1 diabetes in children, adolescents and adults. Canberra: 2011.
24. Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). General practice management of type 2 diabetes 2016-18. East Melbourne: 2016.
25. International Diabetes Federation (IDF). Global Guideline for Type 2 Diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice. 2014;104(1):1-52.
26. International Diabetes Federation (IDF). Global guideline for managing older people with type 2 diabetes. 2013.
27. Bradley C, Gamsu D. Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a Working Group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St Vincent Declaration Action Programme for Diabetes. Diabetic Medicine. 1994;11(5):510-6.

“Las consultas de diabetes suelen ser unidireccionales: el profesional te dice lo que tienes que hacer y no se indaga demasiado en lo difícil que puede ser para ti o lo preocupado que puedes estar por el tema... No tiene por qué explorar contigo cómo te las ingenias en tu interior, pero hablar de estas cosas te hace sentir que el profesional sanitario se interesa de verdad por ti como persona y por tu situación, te capacita y te valida... Te hace sentir que no pasa nada por que te preocupes, que estés agobiado y que tengas esos miedos y sentimientos, que es lo más normal y que no pasa nada.”

Persona con diabetes tipo 1

Cómo utilizar esta guía práctica y sus herramientas

La guía práctica

Esta guía práctica incluye información sobre los problemas emocionales que pueden afectar a los adultos con diabetes. Está pensada para los profesionales sanitarios que trabajan con personas con diabetes, y ofrece estrategias y herramientas para reconocer y hablar de los problemas emocionales, así como para ofrecer el apoyo necesario.

Contiene nueve capítulos:

- **Capítulo 1:** Comunicación y compromiso.
- **Capítulo 2:** Afrontar la vida con diabetes.
- **Capítulos 3 al 8:** Cada uno de ellos se centra en un problema emocional que afecta a personas adultas con diabetes.
- **Capítulo 9:** Derivación a un profesional de salud mental.

Contiene 4 anexos:

- **Anexo A:** Apoyo entre iguales.
- **Anexo B:** Ejemplos de estrategias para abordar el estrés por la diabetes.
- **Anexo C:** Ejemplos de estrategias para superar las barreras psicológicas en la utilización de insulina.
- **Anexo D:** Fichas resumen (herramienta).

Otra herramienta complementaria a esta guía son los cuestionarios incluidos en la guía práctica de cuestionarios, disponibles en el sitio web de la SED.

Esta guía práctica se ha escrito pensando en un

público multidisciplinar. Por eso, el formato se ha diseñado para que el lector lo utilice en función de sus propias necesidades, conocimientos, experiencia, ámbito y tiempo disponible. Puedes:

- Leer la guía de principio a fin para conocer el tema en profundidad;
- Leer los mensajes clave y los puntos a tener en cuenta y, más tarde, cuando las necesites, las secciones más pormenorizadas del manual;
- Leer a fondo los capítulos concretos por separado según los vayas necesitando.

En la [página 11](#) de esta introducción dispones de más información sobre la guía, incluidos sus fines y objetivos, el ámbito de aplicación y los resultados previstos.

Estructura de los capítulos

Los [capítulos 1](#) y [2](#) ofrecen información contextual sobre comunicación y compromiso, así como sobre la experiencia de recibir un diagnóstico y sobre cómo el profesional sanitario puede ofrecer a la persona un apoyo óptimo en esos momentos.

Los capítulos 3 al 8 se centran en problemas emocionales concretos, por lo que todos ellos se presentan con una estructura similar, facilitándote la exploración de los contenidos y la búsqueda de la información que necesitas. Dicha estructura se explica en las [páginas 17](#) y [18](#).

Se utilizan cuadros y símbolos a lo largo de todo el texto (ver a continuación).

Cuadros y símbolos

Los recuadros contienen información adicional relevante pero no «clave» para el tema.

La información importante se destaca mediante el uso de símbolos.

Cuadro 3.2: Tomarse un descanso de la diabetes de forma segura








No es realista pretender que las personas con diabetes vigilen de cerca su salud 24 horas del día, siete días a la semana







El símbolo de “exclamación” indica que se trata de un punto clave a tener en cuenta.



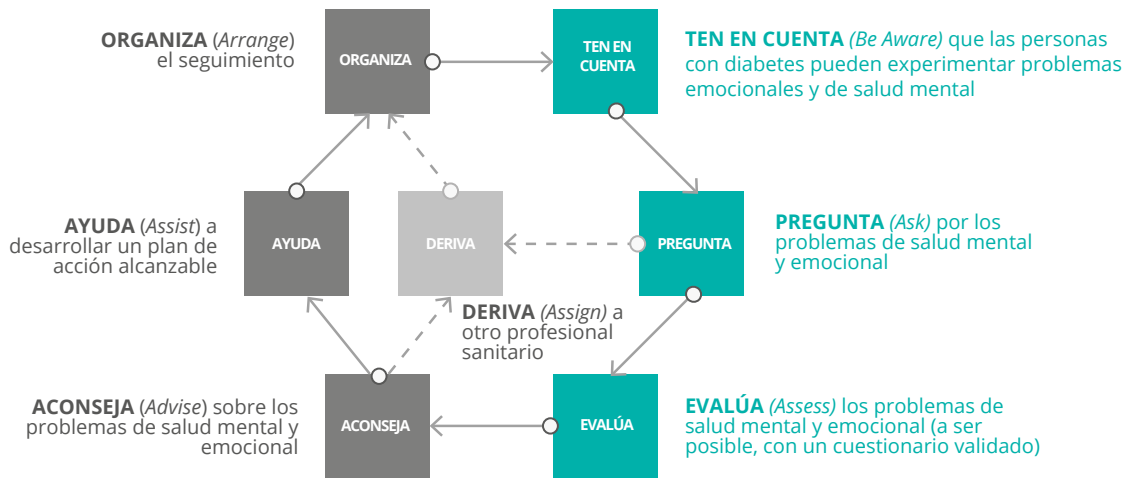
El símbolo de “anotar” indica que hay puntos concretos que no se deben pasar por alto.

<p>Mensajes clave y puntos a tener en cuenta</p> <p>Cada capítulo comienza con un resumen del contenido principal del mismo. Se acompaña de «puntos a tener en cuenta», que ofrecen consejos prácticos para que los apliquen los profesionales sanitarios.</p>	 Mensajes clave  Puntos a tener en cuenta
<p>¿Es muy frecuente...?</p> <p>Bajo este epígrafe se ofrece una estimación de lo habitual que es el problema de salud emocional entre las personas con diabetes.</p> <p>Los símbolos indican la proporción aproximada de personas con diabetes que cabría esperar que tuvieran dicho problema emocional (p. ej., el miedo a la hipoglucemia afecta a una de cada siete personas con diabetes tipo 1 o tipo 2).</p> <p>Debajo de los símbolos dispones de una descripción de la población a la que se aplica dicha estimación. Suele tratarse de tres grupos: personas con diabetes tipo 1, personas con diabetes tipo 2 que se administran insulina y personas con diabetes tipo 2 que no emplean insulina.</p> <p>Estas estimaciones se basan en la mejor evidencia disponible y, siempre que es posible, incluyen datos de España. Ten en cuenta que la población de tu centro de trabajo puede diferir de la población del estudio en cuanto a características demográficas y clínicas. Esta información se ofrece solo a modo de orientación.</p>	<p>¿Es muy frecuente el miedo a la hipoglucemia?</p>  Diabetes tipo 1^a  Diabetes tipo 2^a
<p>¿Qué es...?</p> <p>Bajo este epígrafe se ofrece una estimación de lo habitual que es el problema de salud emocional entre las personas con diabetes.</p>	 ¿Qué es el miedo a la hipoglucemia?
<p>¿Cómo identifico...?</p> <p>Aquí se incluyen los signos que hay que buscar, las «preguntas abiertas» que hay que formular e información sobre cómo utilizar cuestionarios validados como parte de la consulta clínica habitual.</p> <p>También se describen los tres primeros pasos del modelo de los 7-pasos (ver página 19): TEN EN CUENTA, PREGUNTA y EVALÚA.</p>	 ¿Cómo identifico el miedo a la hipoglucemia? <ul style="list-style-type: none"> ■ TEN EN CUENTA ■ PREGUNTA ■ EVALÚA
<p>¿Cómo puedo apoyar...?</p> <p>Aquí encontrarás estrategias y acciones para apoyar a las personas con diabetes que tienen problemas de salud emocional, así como opciones para derivarlas a un especialista.</p> <p>También se describe el resto de las fases del modelo de los 7 pasos (ver página 19): ACONSEJA, AYUDA, DERIVA y ORGANIZA.</p>	 ¿Cómo identifico el miedo a la hipoglucemia? <ul style="list-style-type: none"> ■ ACONSEJA ■ AYUDA ■ DERIVA ■ ORGANIZA

^aParticipante, en la consulta que se les hizo a las partes interesadas en 2015, para elaborar esta guía práctica.

<p>Estudios de caso</p> <p>Son ejemplos de cómo se puede aplicar el modelo de los siete pasos en la práctica clínica. Ten en cuenta que son casos ilustrativos y que no son aplicables ni representativos de todas las personas y circunstancias que se pueden dar. El contenido de cada caso es «una instantánea» de una conversación que sirve, p. ej., para mostrar cómo formular preguntas o presentar el uso de un cuestionario.</p> <p>Los personajes de los estudios de caso son ficticios, si bien el contenido de sus historias está inspirado en la práctica clínica.</p>	 <div data-bbox="1098 221 1449 423" style="background-color: #008080; color: white; padding: 10px;"> <p>ESTUDIO DE CASO</p> <p>Isabel Mujer de 62 años. Vive con su marido.</p> </div>
<p>Recursos</p> <p>Se incluyen listas de recursos clave para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales sanitarios (p. ej., libros, artículos revisados por pares y directrices). • Personas con diabetes (p. ej., servicios de apoyo, sitios web y hojas informativas). 	<p>Recursos</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; display: flex; align-items: center;">  <p>Para profesionales sanitarios</p> </div> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; display: flex; align-items: center;">  <p>Para personas con diabetes</p> </div> </div> <hr/> <p> Selecciona uno o dos recursos, los que consideres más relevantes y apropiados para la persona. Proporcionar la lista completa podría abrumar y no servir de ayuda.</p>
<p>Referencias</p> <p>La lista de referencias incluye todos los estudios científicos citados en cada capítulo.</p>	<p>Bibliografía</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Hendrieckx C, Ivory N, et al. Impact of severe hypoglycaemia on psychological outcomes in adults with Type 2 diabetes: a systematic review. <i>Diabetic Medicine</i>. 2019;36(9):1082-91.

El modelo de los 7 pasos



Un elemento clave de esta guía es el modelo práctico de siete pasos o 7Aes, por sus iniciales en inglés (ver arriba). Este modelo dinámico describe un proceso de siete pasos que puede aplicarse en la práctica clínica como parte de un enfoque centrado en la persona. Se trata de una adaptación del modelo de las 5 Aes,^{1,2} denominado así por las iniciales de cada uno de los pasos: **“Pregunta”** (*Ask*), **“Evalúa”** (*Assess*), **“Aconseja”** (*Advise*), **“Ayuda”** (*Assist*) y **“Organiza”** (*Arrange*).

Las dos nuevas aportaciones a este modelo **“Ten en cuenta”** (*Be Aware*) y **“Deriva”** (*Assign*) reflejan la necesidad de vigilar el malestar emocional y la necesidad potencial de remitir a la persona a especialistas.

El modelo de los 7 pasos ofrece una estructura coherente para los capítulos 3 al 8. Esta parte de dichos capítulos comienza con una imagen del modelo, seguida de dos secciones: **«¿Cómo identifico...?»** y **«¿Cómo puedo apoyar...?»** (ver más adelante).

Dentro de cada sección, los apartados hacen referencia a uno de los pasos del modelo (p. ej., **TEN EN CUENTA**, **PREGUNTA**), proporcionando orientación

sobre cómo aplicarlos en el ámbito clínico.

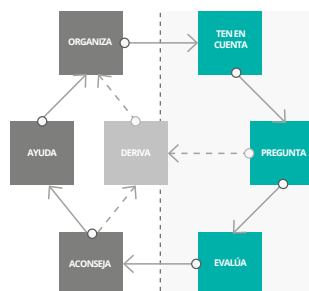
Este modelo está diseñado para ser flexible y dinámico. A la hora de aplicarlo en la práctica clínica, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta sus propias características (p. ej., su función, sus competencias y sus habilidades), así como el contexto (p. ej., las necesidades y preferencias de la persona con diabetes, la gravedad del problema, el entorno y los recursos disponibles).

Las flechas continuas del esquema muestran el camino que puede seguir el profesional sanitario si es la persona adecuada para emprender los siete pasos por sí misma.

Las flechas discontinuas muestran los puntos en los que el profesional sanitario puede desviarse del camino principal, por ejemplo **DERIVA** a la persona a otro profesional sanitario porque no posea las capacidades (o la confianza) necesarias para completar dicho paso por sí solo.

¿Cómo puedo apoyar a una persona que sufre miedo a la hipoglucemia?

ACONSEJA
AYUDA
DERIVA
ORGANIZA



¿Cómo identifico el miedo a la hipoglucemia?

TEN EN CUENTA
PREGUNTA
EVALÚA

Las herramientas

Para complementar la guía práctica, se ha elaborado un conjunto de herramientas con tres recursos prácticos para que los profesionales sanitarios puedan apoyar a las personas con diabetes.

<p>Fichas resumen de los 7 pasos</p> <p>Se trata de fichas para «una consulta rápida» de fácil acceso. Siguiendo el modelo de los 7 pasos, cada ficha ofrece un resumen de un problema de salud emocional concreto: cómo reconocerlo y cómo apoyar a la persona que lo tiene.</p>	<p>El modelo de los 7 pasos</p>
<p>Cuestionarios</p> <p>Si se nombra un cuestionario validado en la sección EVALÚA, también se ofrece una breve orientación sobre las puntuaciones y cómo interpretarlas.</p> <p>Gran parte de estos instrumentos están incluidos en la guía práctica de cuestionarios disponibles en el sitio web de la SED.</p>	<p>En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?</p> <p>Nunca = 0; Varios días = 1; Más de la mitad de los días = 2; Casi cada día = 3</p> <p>Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p> <hr/> <p>GAD-2: phqscreeners.com</p>
<p>Hojas informativas (para personas con diabetes)</p> <p>Cada hoja informativa se corresponde con un capítulo de la guía práctica y se centra en un problema psicológico concreto. Las hojas informativas incluyen consejos y recursos que pueden ser de utilidad para las personas con diabetes. Se pueden emplear de varias maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colocando varias copias en la sala de espera de tu centro para que las personas con diabetes accedan a ellas con facilidad; • utilizando un ejemplar para propiciar una conversación sobre salud emocional; • dando un ejemplar a la persona para que lo lea en casa después de mantener una conversación sobre un problema de salud emocional. <p>Las hojas informativas están disponibles en el sitio web de la SED.</p>	<p>Hoja informativa:</p> <p>Adaptarse a vivir con la diabetes</p> <p>Recibir el diagnóstico de diabetes puede ser un golpe muy duro. Las reacciones iniciales pueden ser de incredulidad, tristeza, enfado o culpa. Por lo general, estos sentimientos se atenúan con el tiempo y la diabetes se convierte en una parte más de tu vida. No obstante, estos sentimientos a veces tardan en desaparecer. Si es tu caso, no estás solo y, además, puedes hacer muchas cosas para integrar la diabetes en tu vida.</p> <p>«Fue aterrador porque no sabía mucho sobre el tema: solo tenía una vaga idea de que era algo malo y de por vida, y recuerdo que me preguntaba: ¿Por qué me ha tenido que pasar a mí?»»</p> <p><i>Sandra, 27 años, convive con la diabetes</i></p> <p>Vivir con la diabetes</p> <p>Es frecuente que las personas pasen por «altibajos» emocionales tras recibir el diagnóstico de la enfermedad. Muchas reaccionan con incredulidad, pena, culpa, enfado, miedo y otros sentimientos negativos. Hay quien se siente aliviado porque ahora sabe por</p> <p>Al principio, puede que estés desanimado/a y te preocupes por cómo te va a cambiar la vida. Es lo más normal del mundo. Lleva un tiempo aprender a manejar la diabetes y a adaptar tu estilo de vida a la enfermedad. Sin embargo, estas emociones pueden convertirse en un problema grave si empiezan a afectar a tu vida diaria o al manejo de la diabetes; p. ej., si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evitas las consultas médicas porque te cuesta asimilar el diagnóstico; • controlas en exceso los niveles de glucosa o si no los controlas en absoluto por ansiedad o por preocupación; • te culpas a ti mismo (o a los demás) por tener diabetes cuando las cosas no van bien. <p>Si tienes dificultades para adaptarte a tu nueva vida con la diabetes, habla con tu profesional sanitario de</p>

Referencias

1. Fiore M, Jaén C, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): 2008.
2. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Smoking, nutrition, alcohol and physical activity (SNAP): a population health guide to behavioural risk factors in general practice. South Melbourne, VIC, Australia: 2004.



Capítulo 1

Comunicación y compromiso



Mensajes clave

- Las personas con diabetes desean contar con profesionales que les apoyen y con los que puedan hablar de cualquier asunto relacionado con sus vidas y el manejo de la enfermedad.
- Para que las personas con diabetes estén dispuestas a hablar de su salud emocional y mental, es importante mantener un estilo comunicativo abierto y empático.
- El lenguaje que emplean los profesionales sanitarios puede influir en la disposición que tienen las personas para hablar de las dificultades cotidianas de la diabetes, de su motivación, su autoconfianza, sus habilidades de autocuidado y los resultados obtenidos.
- Las habilidades comunicativas, como ocurre con cualquier habilidad, se pueden adquirir y mejorar con la práctica. La confianza irá aumentando con el paso del tiempo.



Puntos a tener en cuenta

- Intenta «conocer a la persona», en el punto vital en el que se encuentra, y no en el que te gustaría que estuviera, en el que crees que debería estar o en el que tú te encuentras ahora.
- Una escucha activa y una comunicación abierta y empática, tanto verbal como no verbal, mejoran la calidad de las consultas y son fundamentales para conseguir una práctica clínica óptima.
- Reflexiona sobre cuánto tiempo te dedicas a hablar y no a escuchar durante la consulta. ¿Mantienes un equilibrio adecuado? Las consultas suelen ser más efectivas cuando la persona con diabetes habla más que el profesional sanitario.

Hablar de la salud emocional es una parte fundamental en la consulta de diabetes

“ El mayor enemigo de la comunicación es tener la impresión de que nos estamos comunicando cuando no es así. ”

William H. Whyte¹

Podría decirse que la comunicación y el compromiso son habilidades que pueden usarse como las herramientas más importantes de cualquier consulta sanitaria. Se trata de herramientas fundamentales que los profesionales sanitarios emplean a diario: recopilar información, determinar el problema/diagnóstico, barajar las opciones y acordar un plan de acción. Estas habilidades son relevantes, se trate de un problema físico o emocional.

Es importante considerar las emociones y la salud mental porque es esencial brindar apoyo a las personas. Esto es especialmente relevante en relación al malestar psicológico general, como puede ser la depresión o la ansiedad, así como en relación al impacto emocional que puede tener una enfermedad como la diabetes. Hablar sobre cómo afecta la diabetes a la salud emocional de la persona puede ayudarle a sentir que alguien comprende su situación y que está «a su lado». Así, p. ej., evitamos que se sienta sola con su culpa y su frustración por «haberse descuidado un poco» en el cuidado de la diabetes. La implementación de este cambio puede tener un efecto positivo, ya que los sentimientos asociados con una enfermedad tienen un impacto significativo en la motivación y la capacidad de la persona para gestionarla.

“ Los pacientes tienen sus propias prioridades... [y si no se abordan,] no avanzan. Si no se abordan primero los problemas del paciente, no asimilará nada de lo que yo le pueda decir o recomendar. ”

Enfermera²

Los profesionales sanitarios pueden ayudar a las personas con diabetes a desarrollar o reforzar sus habilidades y su confianza para llevar un autocuidado eficaz, pero primero es necesario conversar con ellas para averiguar a qué obstáculos se enfrentan y cómo ayudarles a superarlos. Esta conversación, sin embargo, no forma parte (todavía) de la práctica habitual.

Numerosos estudios concluyen que las personas con diabetes desean recibir apoyo en los aspectos psicosociales de la enfermedad.³⁻⁷ Aun así, los profesionales sanitarios no suelen tener en cuenta el distrés relacionado con esta enfermedad⁸. Mientras que la mitad de los profesionales afirman haber preguntado a sus pacientes con diabetes sobre cuestiones emocionales⁹, solo una cuarta parte de las personas con diabetes afirma que un profesional sanitario les ha hecho tales preguntas.¹⁰ ¿A qué se puede deber esto?

Quizás la persona con diabetes no espera que se traten cuestiones emocionales durante la consulta, o quizás los profesionales sanitarios no hacen las preguntas adecuadas o no dejan tiempo para que la persona ofrezca una respuesta meditada que refleje realmente cómo le hace sentir la diabetes.

Las investigaciones muestran que las prioridades de la persona solo se exploran en el 36 % de los encuentros clínicos, y en mayor número en atención primaria (49 %) que en atención especializada (20 %)¹¹. Los profesionales sanitarios interrumpen a la persona apenas 11 segundos de media, normalmente con afirmaciones o «preguntas cerradas» (ver cuadro 1.1). Esto reduce aún más las posibilidades de orientar el encuentro clínico hacia las prioridades de la persona.¹¹

Comprender las prioridades, preferencias y obstáculos diarios de una persona te permitirá colaborar con ella en la creación de un plan de control que sea realista y beneficioso para su vida y bienestar. Esta conversación podrá ayudarte, además, a comprobar si esa persona necesita más ayuda de la que tú puedas proporcionarle, pero que, por el contrario, sí pueda dársele un educador en diabetes, un endocrinólogo o un profesional de la salud mental.

Para lograrlo, el empleo de un estilo comunicativo abierto y empático (ver cuadro 1.1) puede crear un entorno seguro y de apoyo para esa persona con diabetes, promoviendo así su implicación y una buena relación con ella. «Esto es la base de una mayor continuidad asistencial».¹²

Cuadro 1.1: Estilo comunicativo abierto y estilo comunicativo cerrado

Las personas con diabetes valoran a los profesionales sanitarios tanto por sus habilidades comunicativas individuales y su estilo de consulta (p. ej., atención y empatía) como por su experiencia clínica.

Como se muestra en la siguiente tabla, el resultado inmediato de una **comunicación abierta y empática** es un intercambio sincero de ideas y opiniones.¹⁷ Incluso puede que éste sea el único efecto palpable que note el profesional, pero es muy probable que reporte también otros beneficios.

En cambio, el resultado inmediato de una **comunicación cerrada y directiva** es el estereotipo de consulta breve en la que la persona con diabetes sale con una receta, algunos folletos o una derivación a un especialista. A primera vista, esto podría parecer eficaz y eficiente, pero esta persona puede tener dudas y preocupaciones importantes que no haya tenido la oportunidad de plantear; puede salir de la consulta llena de desconfianza, habiendo interpretado todo mal o con la sensación de que no la han «escuchado».

A continuación, se resumen otras posibles consecuencias de estos estilos comunicativos tan distintos que, a largo plazo, pueden repercutir en la salud y en los costes sanitarios, así como en la calidad de vida y la longevidad de la persona.

Resultados de una comunicación abierta y empática:	Resultados de una comunicación cerrada y directiva:
Mayor confianza en el profesional sanitario	Falta de confianza en el profesional sanitario, deseo de cambiar de profesional
Más conocimientos, confianza/autoeficacia	Dejar de solicitar atención, falta de confianza
Mayor implicación en la toma de decisiones / Toma de decisiones colaborativa / Toma de mejores decisiones	Falta de implicación en la toma de decisiones (esfuerzos y oportunidades desperdiciadas)
Más habilidades para afrontar y superar los problemas cotidianos (afrontamiento proactivo)	Mayor confianza en las instrucciones dadas por los profesionales sanitarios
Mayor motivación	Menor motivación
Planes de cuidados personalizados	Planes de cuidados generales
Mayor implicación en actividades de autocuidado (p. ej., a la hora de tomar la medicación)	En el mejor de los casos, «cumplimiento» pasivo del tratamiento; en el peor, desprecio activo de los consejos y las recomendaciones de los profesionales sanitarios
Mayor satisfacción con el profesional sanitario / con el sistema sanitario	Aumento de las quejas y reclamaciones por negligencia
Expectativas realistas (por ambas partes)	Expectativas poco realistas (por ambas partes)
Menor número de errores (p. ej., de prescripción o a la hora de tomar la medicación)	Mayor número de malentendidos y malas interpretaciones de los consejos/recomendaciones



Una revisión sistemática descubrió que una mayor continuidad asistencial está asociada a una menor tasa de mortalidad.¹³ Los autores solo pudieron hacer conjeturas sobre el motivo, pero sugirieron que la confianza y un estilo comunicativo abierto propician la revelación de confidencias por parte de la persona y la adaptación de los cuidados a sus necesidades, con una mayor probabilidad de que el autocuidado sea óptimo y de que tome la medicación siguiendo las recomendaciones

Potencia tus habilidades comunicativas

“ La comunicación es una habilidad que se puede aprender. Es como montar en bicicleta o escribir. Si estás dispuesto a esforzarte, puedes mejorar rápidamente la calidad de todos los aspectos de tu vida. ”

(Brian Tracy)¹⁴

Como profesional sanitario, aportas muchas experiencias y una mirada propia a tus consultas. Eso mismo hacen todas las personas con diabetes con sus experiencias y su forma de ver cómo encaja esta enfermedad en su vida.

Puede ser todo un reto conversar sobre los aspectos emocionales de la diabetes. Se pueden aplicar muchas de las técnicas generales para lograr una comunicación eficaz (ver cuadro 1.2), pero, como pasa con cualquier otra habilidad, dichas técnicas no suelen ser intuitivas. Lo bueno es que la comunicación es una habilidad, y como tal se puede aprender.

Desarrollar estas habilidades requiere tiempo y práctica, y siempre se pueden mejorar. Cualquier profesional puede aprenderlas para poder aplicarlas, lo que supondrá una gran diferencia en su entorno.^{15,16} Reflexiona sobre cómo podrías incorporar estas técnicas generales en tus consultas.

Cuadro 1.2: Las claves para una comunicación eficaz

<p>Escucha activa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La escucha activa es una técnica de comunicación fundamental que abarca una serie de habilidades verbales y no verbales. • Escucha qué dice la persona y cómo lo dice (vacilaciones, ritmo, emociones, etc.). • Demuestra que estás prestando atención asintiendo con la cabeza, inclinándote hacia delante y utilizando facilitadores verbales como «continúa, por favor...», «sí, ajá», etc. • Evita interrumpir demasiado pronto: a algunos profesionales sanitarios les preocupa que la persona no pare de hablar durante varios minutos, pero, en realidad, las personas solemos hablar únicamente una media de dos minutos.
<p>Lenguaje corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Busca indicios de que la persona no está bien, independientemente de lo que pueda transmitir verbalmente. • Observa la comunicación no verbal de la persona, es decir, las expresiones faciales, el lenguaje corporal y cualquier incoherencia entre su comunicación verbal y la no verbal. • Ten en cuenta las variaciones culturales (p. ej., no en todas las culturas está bien visto el contacto visual directo). ¿Qué dice su lenguaje corporal? • ¿Qué dice tu lenguaje corporal sobre ti? Mantén el contacto visual, si procede, y evita distraerte con el ordenador o el teléfono. Cuidado con tener los brazos o las piernas cruzadas ya que pueden parecer algo hostiles e incluso sentenciosos.
<p>Aclarar la información y parafrasear</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflejar y parafrasear son técnicas importantes para demostrar que has escuchado a la otra persona y para asegurarte de que le has entendido. • Repetir algunas de sus palabras (reflejar) en forma de pregunta puede ayudarte a obtener más información. Si se hace con una pausa deliberada y una invitación a dar más detalles puede animarle a seguir conversando, p. ej.: «¿Has dicho que ha sido muy difícil [...]?». • Parafrasear consiste en plasmar el mismo significado, pero con tus propias palabras: hacer que la responsabilidad de la comprensión comunicativa recaiga sobre ti, p. ej.: «A ver si lo he entendido bien. Lo que dices es que [...]. ¿No es así?». • Anima a la otra persona a que te formule preguntas y comprueba si te ha entendido bien pidiéndole que parafrasee lo que acabas de decir; p. ej.: «Me gustaría saber si me he explicado bien. ¿Podría decirme [...] con sus propias palabras?». • Si no ha entendido bien tu mensaje, vuelve a explicárselo, pero de otra manera. • Repite la información clave, si hace falta, de varias formas.

<p>Desarrollar una buena conexión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las personas con diabetes quieren tener a alguien a su lado que les ayude y les apoye en el autocuidado de su enfermedad, en lugar de tener a alguien que les diga lo que tienen que hacer o que les critique. • Utiliza un lenguaje motivador y colaborativo para poner en valor su esfuerzo y ganarte su confianza; p. ej.: «Se nota muchísimo lo que has trabajado en tu(s) [niveles de glucosa/actividad física/peso] desde la última vez que nos vimos». • Mantén una conversación equilibrada; lo ideal es que la persona con diabetes hable tanto o incluso más que tú. • Ve generando confianza a través de consultas e interacciones reiteradas.
<p>Explicar las cosas con claridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emplea un lenguaje sencillo; evita usar tecnicismos, siglas o abreviaturas sin haberlos explicado antes. • Proporciona la información por escrito y adecuándola al receptor: utiliza un lenguaje sencillo, listas con puntos y frases breves, así como un diseño que facilite la legibilidad (p. ej., un tamaño de letra grande). • Utiliza diagramas, imágenes o modelos cuando corresponda. • Las anécdotas y los relatos pueden servir de ayuda para explicar conceptos difíciles. Para mejorar tu explicación, también puedes usar material de apoyo visual o recursos traducidos o adaptados a su cultura.
<p>Feedback</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dale la oportunidad a la persona de que te diga qué le parecen tus consejos o el plan de acción, y si le parecen realistas; p. ej.: «Hemos hablado de hacer controles de glucosa en sangre antes de cada comida. ¿Le parece bien intentarlo en las próximas semanas?». • Pídele su opinión sobre el servicio que ofreces. Puedes hacerlo cada cierto tiempo y de forma anónima. Seguro que será muy instructivo.
<p>Dar indicaciones claras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establece las expectativas al principio de la consulta (p. ej., de cuánto tiempo disponéis y qué puede esperar al finalizar y/o en el siguiente encuentro). • Hazle saber, con alguna señal, que hay que pasar a otro tema o que hay que ir finalizando la consulta. • Es importante que la persona no se sienta despreciada o irrelevante. Si el tema que le preocupa necesita un análisis más profundo, dile que vuelva otro día en el que dispongáis de más tiempo. • Si vas a derivar a la persona a otro profesional sanitario, comunícale por qué quieres hacerlo y asegúrate de que se sienta a gusto con el plan.
<p>Escuchar en silencio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No te sientas en la obligación de rellenar las pausas con preguntas o consejos. • El silencio permite a la persona ordenar sus pensamientos y expresarse. • Si una pausa se alarga demasiado, pregúntale en qué está pensando. • Recuerda que el lenguaje corporal de la persona te dará pistas.
<p>A modo de conclusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resume las principales cuestiones al final de la consulta, incluidos los planes de acción acordados, para asegurarte de que ambos habéis entendido lo que lleváis hecho y cómo pretendéis avanzar. • Propón una consulta de seguimiento, lo más pronto posible, para mostrarle que te interesa continuar conversando y ver cómo le está yendo el plan de acción acordado.

Conversar sobre la diabetes y la salud emocional

“ Intento que los pacientes se sientan tranquilos, ser positiva y darles siempre una respuesta... Tengo la esperanza de mejorar mis habilidades en los aspectos en los que no me siento cómoda. ”

Enfermera²

“ Me siento seguro y cómodo a la hora de ponerles nombre a los problemas y darle al paciente su espacio para hablar de ellos, pero no sé qué hacer a continuación. ”

Endocrinólogo²

No siempre resulta fácil iniciar una conversación sobre emociones. Igualmente puede resultar difícil saber qué decir cuando alguien expresa su malestar o nos cuenta que no está llevando bien la diabetes. Puedes ayudar a la persona haciéndole **preguntas abiertas** que le permitan responder describiendo sus experiencias, pensamientos o sentimientos sobre un tema concreto, en lugar de haciendo preguntas «de sí o no». Generar un clima de empatía y apoyo anima a conversar sobre los aspectos emocionales de la diabetes.^{11,12}

► Inicia la conversación

Empieza la conversación con un comentario inicial para **generar confianza y conexión** (p. ej., una afirmación normalizadora o una referencia a una conversación o consulta anterior):

- «Algunas personas me comentan que la diabetes les afecta emocionalmente y que no siempre les resulta fácil sobrellevar la enfermedad».
- «Estos dos meses hemos estado trabajando para conseguir que usted controle su diabetes. ¿Cómo lo está llevando? ¿Hay algo que le resulte especialmente difícil y que me quiera comentar?».

Hazle **preguntas abiertas** para demostrar a la persona que te interesan sus experiencias. Este tipo de preguntas requieren respuestas más largas y detalladas, que una respuesta breve o monosilábica como «vale», «sí» o «no»; p. ej.:

- «¿Qué le trae hoy por aquí?»
- «Dígame, ¿cómo le va con [algún aspecto del cuidado de la diabetes]?»

- «Ya lleva con [la medicación] aproximadamente [un mes]. Cuénteme, ¿cómo le ha ido?»
- «Dígame usted, ¿qué es lo que le ha resultado más difícil en [este año] que lleva con diabetes?»
- «¿Qué opina de por qué cree que sigue pasándole [tal cosa]?»
- «¿Cómo le hace sentir [tal cosa]?»

Normaliza los problemas que te cuente la persona, haciéndole ver que son cosas normales, «naturales» o «humanas». Por ejemplo:

- «Es comprensible. ¿Sabe? Hay muchas personas con diabetes que se sienten igual que usted».
- «Es una reacción bastante normal cuando alguien se enfrenta a esta enfermedad».¹⁸

La normalización de los problemas ayuda a que la persona:

- Decida compartir contigo una experiencia, un pensamiento o un sentimiento que puede ser bastante delicado para ella.
- Vea que no es la única que tiene ciertos sentimientos o pensamientos, cosa que puede mejorar su autoestima.
- Tenga una disminución de las reacciones emocionales secundarias, como la ansiedad a la hora de manifestar, p. ej., que tiene miedo de sufrir una hipoglucemia, o que tiene un sentimiento de culpa por no llevar bien la diabetes.
- Sienta que puede confiar en ti.^{12,19}

► Sigue conversando

Dale tiempo a la persona para que comparta sus experiencias, sin interrupciones, preguntas ni juicios de valor. Así es más probable que puedas detectar los problemas más preocupantes para ella. Ya te has ganado su confianza, ahora tienes que mantenerla.

Prepárate para su respuesta. ¿Cómo vas a interpretar su respuesta y cómo piensas actuar a continuación? Hay un sinfín de preguntas que podrías hacer, y la persona podría responder de muchas formas. El cuadro 1.3 contiene algunos ejemplos de respuestas que te podrían servir. Debes manejar con tacto tus intentos de redirigir la entrevista si quieres obtener una respuesta sincera. En cuanto a lo mencionado arriba sobre «la normalización de los problemas»,

¿podrías haberte esforzado más en que la persona se sintiera cómoda hablando contigo de forma sincera y sin tapujos? Puede que aún no esté preparada, así que ofrécele la posibilidad de hablarlo en otro momento. Quizá no se sienta a gusto hablándolo contigo (p. ej., por cuestiones personales o culturales). Ofrécele la posibilidad de hablarlo con otro profesional con el que puede tener más confianza (p. ej., alguien del mismo sexo o cultura).

Prepárate para lo que vayas a hacer a continuación. ¿Qué puedes hacer o qué piensas hacer si, gracias a las preguntas abiertas o a un cuestionario, descubres que la persona con diabetes no se encuentra bien? ¿De qué recursos disponéis los dos? En primer lugar, tienes esta guía práctica. Cada capítulo explica las opciones pertinentes para determinados tipos de problemas emocionales o de salud mental que puedas encontrar. Al final de cada capítulo, hay una lista de recursos relevantes y lecturas adicionales, tanto para ti, como para que se las recomiendes a la persona con diabetes.

Esta guía práctica va acompañada de una serie de folletos informativos que abarcan los mismos temas

que los [capítulos 2 a 8](#) y el [anexo A](#). Puedes entregar estas hojas informativas a la persona con diabetes, ya que están diseñadas para ayudarle a entender los problemas a los que se enfrenta y los recursos que tiene a su disposición. Se pueden consultar en el sitio web de la SED.

► Concluye la conversación

Por último, la forma en la que se **concluye la conversación** es tan importante como la forma en que se inicia.

Muéstrale tu agradecimiento por haber compartido sus experiencias contigo, p. ej.: *«Gracias por haber compartido esto conmigo. [Está claro que no ha sido nada fácil para usted]. Espero que haya sido de ayuda. ¿Le parecería bien que siguiéramos hablando de esto la próxima vez que nos veamos?»*.

Una manera general de concluir es invitar a la persona a que piense de qué le gustaría hablar en la siguiente consulta, para ponerlo como primer punto del orden del día. Si así lo desea, le puedes ofrecer una lista de posibles temas a elegir entre los que se incluyan cuestiones de salud emocional.

Cuadro 1.3: Prepárate para su respuesta

Aquí tienes algunos consejos prácticos sobre lo que hacer en varios supuestos, p. ej., si la persona:

- **No responde inmediatamente a una pregunta:** A menudo nos sentimos incómodos cuando la conversación no fluye libremente y sentimos la necesidad de rellenar los silencios. Sin embargo, no pasa nada por mirar a la persona con atención (no con la mirada fija) y darle un tiempo para que ordene sus pensamientos. Después, acepta su reticencia y dile con delicadeza que se tome su tiempo. Pregúntale si puedes hacerle otra pregunta o si le gustaría preguntarte algo.
- **Solo responde con «no» o «nada»:** Pregúntale si le gustaría añadir algo más o dale a entender que tu pregunta podría haber sido irrelevante. Pregúntale *«¿De qué cree que sería útil hablar?»*.
- **Deja de hablar:** No pasa nada porque se produzcan silencios, de hecho, pueden ayudar a la persona a ordenar sus pensamientos y a expresar sus emociones. Quizá te preocupe que se prolonguen demasiado, pero la mayoría los rompe a los dos minutos.
- **Se pone a llorar:** Muéstrale que sus emociones son comprensibles y dile *«No es malo sentirse así»* o *«Puedo ver lo mal que lo está pasando»*. No intentes tranquilizarle con *«Ya verá que todo va a salir bien»*, ya que puede ser falso o de poca ayuda.
- **Se pone muy angustiada:** En momentos de intensa angustia emocional, el apoyo no verbal (p. ej., sentarse a su lado y crear un entorno tranquilo) suele ser más eficaz que las palabras. *«¿Quiere que lo derive a otro profesional sanitario?»*.
Nota: Es muy probable que la persona sea incapaz de asimilar ni recordar gran parte de lo que le digas porque está sintiendo emociones fuertes. Quizá podrías darle algo de información por escrito para que lo mire en casa o preguntarle si le gustaría traer a un amigo o a un familiar que le apoye y vaya tomando notas durante la próxima consulta.
- **Parece que necesita más tiempo del que dispones en esta consulta:** Puedes fijar el tiempo al principio, de forma proactiva, p. ej.: *«Hoy tenemos unos 15 minutos para tratar estos temas; en la próxima cita continuaremos con lo que no hayamos podido terminar»*. Si el tiempo se está convirtiendo en un problema durante la consulta, házselo saber, p. ej., *«Parece que sus sentimientos le están abrumando mucho. Nos quedan unos [10] minutos. ¿Hay algo que crea que podamos hacer juntos y que le pueda ayudar más en estos momentos?»*. Esta estrategia es mejor que pasar a otro tema que pienses que vaya a tardar menos.

Superar las barreras para hablar de salud emocional en la diabetes

“ No tenía claro cuál era el consejo más apropiado y me preocupaba que el paciente se fuera a dar cuenta de mi inquietud. ”
Enfermera de práctica avanzada²

“ Me siento más insegura a la hora de tratar con problemas psicológicos... Quiero derivarlos lo antes posible. No tengo formación para tratarlos. ”
Enfermera de práctica avanzada²

“ Aunque estuviera capacitada, solo dispongo de 20 minutos. ”
Enfermera de práctica avanzada²

Como muestran estas citas, los profesionales sanitarios se enfrentan a muchos desafíos y barreras a la hora de brindar un apoyo psicosocial adecuado a las personas con diabetes.^{2,20} El profesional tiene que pasar del papel de «autoridad» (un experto que le dice a la persona con diabetes lo que tiene que hacer) al papel de «escuchador» y colaborador.²⁰ Al principio, detenerse a escuchar y comprender el punto de vista de la otra persona puede llevar más tiempo del esperado, pero dará lugar a una relación de confianza y respeto mutuo. A continuación, se describen algunos de los obstáculos principales que puedes encontrarte, para que puedas reflexionar sobre cuáles son aplicables a tus consultas y qué podrías hacer para superarlos.

➤ **Falta de tiempo/horas fijas de consulta:** Desde el punto de vista práctico, la falta de tiempo sigue siendo uno de los mayores impedimentos a la hora de adoptar un enfoque más centrado en la persona, pero muchos sanitarios consiguen superarlo. Escuchar las experiencias y necesidades de la persona y reconocer su propia forma de vivir la diabetes es un componente esencial de la atención centrada en la persona.²⁰ Como ya se ha comentado, esto no tiene por qué requerir más tiempo, y hasta puede ayudarte a ahorrarlo.¹¹ Pregúntate si lo que te quita el tiempo se trata de un ritual o una práctica inflexible. ¿Crees que si se trata de algo que no está directamente relacionado con la diabetes no es importante? Si decides dejarlo en este punto, puedes perder la oportunidad de averiguar las verdaderas prioridades o preocupaciones de la persona.¹¹ Una forma de abordar la falta de tiempo es, al inicio de la consulta, acordar con la persona los temas prioritarios y

gestionar sus expectativas sobre el tiempo disponible. Si han quedado cuestiones por tratar, pídele que vuelva y solicite una consulta más larga. Aunque las primeras consultas lleven algo más de tiempo, a largo plazo, habrán merecido la pena. Recuerda que puede que la persona no sea capaz de asimilar la información que le estás dando sobre cómo controlar mejor la diabetes, si está angustiada y permanece centrada en controlar sus emociones. Además, si no se aborda la salud emocional, el problema podría empeorar. En definitiva, cuando estableces una buena relación con la persona con diabetes, las consultas posteriores son mucho más eficaces, haciendo que la persona se sienta más satisfecha y capacitada.

➤ **Falta de confianza:** Son muchos los profesionales sanitarios que no confían en sus propias capacidades y que afirman aferrarse a sus propias prioridades como mecanismo para no tener que adoptar un enfoque centrado en la persona. La confianza viene de dentro, y tus habilidades mejorarán con la práctica. Es común que muchos profesionales sientan miedo ante la posibilidad de que les confíen temas o problemas que no puedan resolver. Recuerda que tu labor no consiste en resolver todos los problemas de los demás. A menudo, lo que una persona necesita es simplemente ser escuchada, tener sus sentimientos validados y sentir que cuenta con alguien a su lado.

➤ **Falta de conocimientos o de especialización:** Muchos profesionales sanitarios piensan que no tienen suficientes habilidades o conocimientos para hablar de emociones, pero la mayoría cuentan con habilidades comunicativas bien desarrolladas. Si crees que necesitas más formación, esta guía práctica podría ser un buen primer paso. Es un proceso de aprendizaje, por lo que mejorar tus habilidades requiere tiempo y práctica. Ante algunos problemas psicológicos la persona tendrá que ser derivada a un profesional especializado en salud mental, y es importante saber cuándo hacerlo, pero, en el caso de muchos otros problemas, es posible que el estrés emocional esté directamente relacionado con el hecho de tener que enfrentarse a la diabetes a diario. Las personas con diabetes que padecen problemas psicológicos suelen preferir tratar esos problemas con su equipo de diabetes o con su médico de familia en lugar de dirigirse a un especialista en salud mental.³ De hecho, el estrés por diabetes (ver [capítulo 3](#)) es tan frecuente y está tan

interrelacionado con el manejo de la diabetes²¹ que es mejor que lo trate un profesional especializado en diabetes (o el médico de atención primaria si es el profesional sanitario de referencia).

- **Falta de opciones de derivación:** La falta de servicios psicológicos (en concreto de psicólogos expertos en diabetes) está bien documentada. También hay que tener en cuenta que solo un reducido número de personas con diabetes puede necesitar una derivación. Puede que lo que necesiten no sea una atención psiquiátrica, sino los servicios de un profesional sanitario especializado en diabetes con el que poder hablar del estrés que le provoca la enfermedad (ver [capítulo 3](#)). En el estudio DAWN2 la mitad de los participantes españoles refirió un nivel elevado de estrés a causa de la diabetes, pero sólo el 24% de ellos afirmaron que los profesionales sanitarios les preguntaban acerca de cómo la diabetes afectaba a sus vidas²². También pueden beneficiarse del apoyo de otras personas con diabetes (ver [anexo A](#)).
- **Diferentes prioridades:** Es posible que tanto tú como la persona con diabetes acudáis a la consulta con prioridades diferentes. La mejor forma de averiguarlo es preguntando; p. ej.: «¿Qué le trae por aquí?», «¿En qué le puedo ayudar?» o «¿Qué le gustaría conseguir con la consulta de hoy?». Puede que algunas personas con diabetes desconozcan que tienen derecho a hacer preguntas en las consultas,²⁰ especialmente sobre cuestiones psicosociales. Darles voz y brindarles la oportunidad de enseñar al profesional sanitario cómo es vivir con la diabetes servirá para generar confianza, aumentar la complicidad y crear una relación colaborativa.
- **Costes:** Quizá algunos profesionales sanitarios crean que es demasiado caro integrar en sus consultas un seguimiento de la salud emocional, o que ofrecer apoyo psicológico supone una carga económica adicional (p. ej., para el sistema sanitario o para la persona con diabetes). Sin embargo, no hay duda de que a las personas con diabetes que sufren malestar les va peor que a las que no lo sufren; p. ej., la depresión (ver [capítulo 6](#)) aumenta el riesgo de complicaciones a largo plazo, aumenta los costes sanitarios y aumenta la mortalidad.²³⁻²⁵ Por tanto, el malestar psicológico debe considerarse una causa, y no solo una consecuencia, de las complicaciones derivadas de la diabetes. Reducir ese malestar puede considerarse como una forma clínicamente

válida de reducir otras complicaciones relacionadas con la diabetes,²⁶ lo que confirma una justificación económica para mejorar la comunicación sobre las emociones y la salud mental.

- **Alfabetización en salud, barreras lingüísticas y pasividad:** Uno de los principales obstáculos para una comunicación eficaz es la falta de comprensión. Comprueba que la persona entiende el mensaje, y no te conformes con que sonría y asienta con la cabeza. Pídele que, con sus propias palabras, te explique lo que ha entendido de lo que le has dicho. ¿Sabes por qué no te ha entendido? ¿Existe alguna barrera idiomática o algún problema de alfabetización en salud? ¿Tu explicación ha sido demasiado compleja? Si no te ha entendido, esfuérate en explicarlo de otra manera.
- **Estigma/mitos de la salud mental y la diabetes:** El miedo al estigma y a los estereotipos negativos puede reducir la eficacia de una consulta. En casos extremos, la consulta se puede convertir en un intercambio estéril e ineficaz basado en lo que la persona cree que tú quieres oír y/o en lo que está dispuesta a compartir contigo. Las experiencias de estigmatización pueden hacer que la persona no se implique en actividades de autocuidado, que no acuda a futuras consultas o que no busque apoyo profesional.²⁷⁻³⁰ Los profesionales sanitarios, sin darse cuenta, pueden transmitir actitudes estigmatizantes en su forma de hablar, con sus actos y sus reacciones, y no cabe duda de que desempeñan un papel crucial a la hora de minimizar (y no reforzar) el estigma.³¹
- **Reflexiona sobre el modo en que tus palabras y tus actos podrían reflejar,** sin querer, actitudes negativas sobre la salud mental³² y la diabetes (puedes ver la declaración de principios de Diabetes Australia, pionera en proponer un lenguaje nuevo para la diabetes, en: www.diabetesaustralia.com.au/position-statements/#language). En el apartado [Recursos](#) se pueden consultar más recomendaciones sobre el uso del lenguaje.

Si te estás enfrentando a alguna de estas barreras en la actualidad, merece la pena buscar la forma de superarlas. La realidad es que trabajamos de forma más eficaz y eficiente cuando tratamos de comprender los sentimientos de la otra persona y los motivos de su malestar, sobre todo cuando estos son la base de sus conductas de autocuidado. El Dr. Mark Davies, psicólogo clínico, señala lo siguiente:

“ *Muchos profesionales de la diabetes cuentan con habilidades comunicativas muy desarrolladas y con años de experiencia en el trato con personas cuyas vidas se han visto afectadas por la diabetes. Aunque la falta de tiempo sea un problema frecuente, puede ser que muchos... estén subestimando sus propias habilidades*». ²⁶ ”

Muchos profesionales sanitarios, a pesar de su posible aprensión inicial, una vez que han probado a entablar este tipo de conversaciones, afirman sentirse bien con respecto a su forma de tratar las cuestiones de salud emocional. Además, se dan cuenta de que tienen las habilidades necesarias para hacerlo y que las aplican correctamente durante la consulta.²

“ *Después de la conversación psicosocial me sentí satisfecho con los resultados, y el paciente parecía más tranquilo... Creo que puedo conseguir que los pacientes se sientan cómodos y capaces de hablar sin tapujos*». ”
Profesional sanitario²

Otras consideraciones

► Unas palabras sobre la forma de hablar

“ *Las palabras son, en mi no tan humilde opinión, nuestra más inagotable fuente de magia, capaces de infligir daño y de remediarlo*». ”

Albus Dumbledore, en Harry Potter y las Reliquias de la Muerte³³

Un elemento clave de la comunicación es la forma en la que hablamos. Las palabras tienen un poder increíble³⁴⁻³⁶, por lo que es importante saber elegir las con cuidado.

Diferentes organizaciones han publicado declaraciones de principios sobre la forma de hablar³⁷⁻³⁸⁻⁴⁰. Todas ellas hacen hincapié en lo siguiente:

- **Las palabras importan:** Las palabras pueden influir positiva o negativamente en la persona con diabetes. Tu forma de hablar puede condicionar su predisposición a hacerte confidencias; también puede influir en su motivación, en su confianza y, en última instancia, en la evolución de su diabetes.
- **Las palabras pueden presuponer, etiquetar y perpetuar estereotipos o despertar la curiosidad:** P. ej., la etiqueta «diabético» define a la persona por su enfermedad, y la de «paciente» implica que depende del sistema sanitario. Emplear un lenguaje

que priorice a la persona ayuda a que se reconozcan otras facetas de su identidad/vida/personalidad que son igualmente destacables para ella, una persona que se desenvuelve perfectamente en su propio entorno familiar/laboral.

- **Las palabras pueden ser condenatorias y desmotivadoras o alentadoras e inspiradoras:** Muchas personas con diabetes afirman sentirse criticadas por no gestionar bien su diabetes, aunque a menudo consideran que lo hacen lo mejor que pueden. P. ej., las críticas pueden ir implícitas en expresiones como «mal controlada» o «no la controla», y pueden acabar por desmoralizarles y hacerles pensar que se infravaloran sus esfuerzos. Las palabras que eliges pueden quedarse grabadas en una persona hasta mucho tiempo después de que hayas olvidado esa consulta. Es importante reconocer lo complicada que puede ser la diabetes.

- **Las palabras pueden hacer que se pierdan o se creen oportunidades:** La diabetes es una enfermedad que dura toda la vida y, obviamente, habrá momentos en los que no sea la principal prioridad de la persona o en los que le cueste controlarla. Etiquetas como «incumplidor», «mal controlada» o «no coopera» pueden hacer que pierdas la oportunidad de conversar con esa persona sobre las causas de esa mala gestión y el apoyo que le puedes ofrecer.

- **Las palabras pueden influir en la relación entre el profesional sanitario y la persona con diabetes:** Lo ideal es utilizar palabras que eviten los juicios de valor sobre su evolución. En lugar de hablar de «buen control» o «mal control», indícale que los niveles de glucosa en sangre están «dentro de los objetivos» o «por encima de los objetivos». En lugar de guiar a la persona con expresiones como «tienes que» o «deberías», emplea fórmulas como «tienes una serie de alternativas» y «vamos a explorar tus opciones», que son expresiones que respetan su autonomía y ofrecen una relación colaborativa.

► Uso de cuestionarios para guiar las consultas

“ *Soy consciente de que tiendo a centrarme en mis propias prioridades, pero creo que debería mejorar mi habilidad para centrarme en las del paciente*». ”

Enfermera de práctica avanzada en diabetes²

Los cuestionarios pueden ser muy útiles para hacer un seguimiento de la salud emocional y mental de las

personas con diabetes. En concreto, los cuestionarios sobre el distrés por la diabetes (ver [capítulo 3](#)) pueden ayudar a centrar las prioridades de la consulta en cualquier problema relacionado con la vida y el control de la diabetes al que pueda estar enfrentándose una persona.

Se pueden utilizar cuestionarios de forma eficaz tanto en atención hospitalaria^{6,7} como en atención primaria.⁴¹ Tanto las personas con diabetes como los profesionales sanitarios agradecen que se evalúen y comenten los resultados que han conseguido y, por lo general, expresan una mayor satisfacción con las consultas en las que se han llevado a cabo^{6,42}. Los estudios de seguimiento han demostrado que el uso de cuestionarios y el análisis de los resultados reducen el distrés relacionado con la diabetes y mejoran los niveles de HbA1c.^{6,43}

Existen varios cuestionarios validados, fiables y fáciles de usar que evalúan la salud emocional de las personas con diabetes. Algunos de ellos se describen en los [capítulos 3 a 7](#) de este manual.

Antes de utilizar un cuestionario en tu consulta, deberías tener en cuenta algunas cuestiones:

- **Ten un buen motivo:** Ten claro por qué le pides a alguien que rellene un cuestionario. P. ej., es apropiado utilizar un cuestionario de distrés por la diabetes de forma periódica porque es un tema relevante para la mayoría de las personas y porque sus respuestas pueden ayudarte a adaptar el plan de control de la diabetes a sus necesidades. También porque permite hacer un seguimiento de su malestar en el tiempo. Sin embargo, pedirle a una persona que rellene muchos cuestionarios innecesarios solo para tener registradas «sus puntuaciones» supone una pérdida de tiempo para esa persona y para ti.
- **Explícale a la persona por qué le pides que rellene un cuestionario:** Explícale por qué esas preguntas son relevantes para su situación concreta. La persona estará más dispuesta a responder, y a decirte cómo se siente realmente, si percibe que estás tratando de entender su experiencia con la diabetes con el fin de brindarle una mejor asistencia. De lo contrario, puede pensar que es una pérdida de tiempo y recursos. Es importante que le indiques que no se trata de un examen y que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Garantízale también que la información será tratada de forma confidencial e infórmale de lo que harás con el cuestionario una vez completado (p. ej., si lo vas a guardar en su historia clínica).
- **Elige bien el método y el momento:** Elige el método de realización más adecuado y cómodo tanto para la persona con diabetes como para ti. Hay quienes prefieren rellenar el cuestionario con su teléfono móvil, con una tablet o en un sitio web. Las versiones electrónicas pueden ser más cómodas si ofrecen el cálculo automático de las puntuaciones totales y si están vinculadas a la historia clínica electrónica. No obstante, hay personas que no se sienten cómodas con las nuevas tecnologías y prefieren el lápiz y el papel de toda la vida. Asimismo, hay que pensar en el momento más oportuno: solemos estar más dispuestos a rellenar un cuestionario si se nos pide que lo hagamos en la sala de espera antes de la consulta, en lugar de hacerlo en casa o durante la consulta.
- **Los cuestionarios pueden ayudarte a ahorrar tiempo y a llegar a la raíz del problema:** Invitar a la persona a rellenar el cuestionario en la sala de espera antes de la consulta puede ayudarle a estar más preparada para una conversación posterior. Así, como profesional, podrás leer rápidamente sus respuestas e iniciar una conversación sobre los temas más importantes para ella.
- **Ten en cuenta la situación, las necesidades y las capacidades individuales:** La falta de alfabetización en salud, las barreras idiomáticas y la discapacidad, entre otros, pueden afectar a la capacidad de una persona para entender o rellenar un cuestionario por sí misma. Las diferentes percepciones culturales de la salud y la salud mental pueden afectar a la validez e interpretación del cuestionario (ver «Atención a la diversidad»). Si tienes dudas de que un cuestionario sea adecuado para esa persona, baraja otras opciones; p. ej., ¿puedes leerle en voz alta las preguntas y las opciones de respuesta? ¿Existe un cuestionario adecuado en su lengua materna o validado para su grupo cultural? ¿Podrías hacerle preguntas abiertas en lugar de cerradas?
- **Los cuestionarios no siempre son el mejor medio para recopilar información:** Hacer preguntas abiertas a una persona es una alternativa válida a la vez que práctica. Preguntas como «¿Qué le resulta más difícil del día a día de la diabetes?» y «¿Cómo le hace sentir [tal cosa]?» pueden ayudarte a profundizar en estas cuestiones sin necesidad de usar un cuestionario y hacen que la conversación sea más personal.

➤ **Haz algo con los resultados:** El cribado por sí solo no es suficiente para mejorar sus resultados en salud.⁴⁴ Si le pides a alguien que rellene un cuestionario, es importante que encuentres siempre una forma de tratar y utilizar posteriormente la información. No es ético ignorarla o simplemente dejarla «guardada en un cajón».²⁶

■ Crear un entorno propicio

“ *No me importa hablar de temas delicados. El problema es tener la intimidad suficiente para hacerlo.* ”

Profesional de la salud²

La configuración de la estancia es muy importante si se pretende facilitar la revelación de información personal. Lo ideal es que el espacio de la consulta sea tranquilo y reservado. El mobiliario y la decoración deben crear un entorno acogedor, seguro y propicio.

Piensa en tu entorno y en lo que puedes hacer para mejorarlo:

- **La sala de espera:** Aquí es donde la persona se lleva una primera impresión. ¿Qué mensajes transmiten tus carteles, revistas y folletos? ¿Hay pósteres de campañas con tácticas intimidatorias, imágenes de procedimientos quirúrgicos o de complicaciones, revistas centradas en dietas y en imagen corporal? Es recomendable evitar el uso de este tipo de materiales, ya que lo que puede motivar a una persona podría generar sentimientos de culpa, desesperación o irritación en otra.
- **El espacio de consulta:** ¿Qué es lo primero que ve la gente cuando entra; carteles parecidos a los de la sala de espera? ¿Cómo está dispuesta la sala? ¿Te sientas tras un escritorio, frente a un ordenador? ¿Qué dicen estas cosas sobre el equilibrio de poder o sobre tu interés por mantener una conversación? ¿Se sentirá la persona cómoda planteándote cuestiones delicadas en ese espacio?
- **Ordenador:** Es difícil teclear y hablar al mismo tiempo; y es todavía más difícil teclear y escuchar a la vez. Préstale toda tu atención a la persona que tienes delante. Demuéstrale que la estás escuchando y, sobre todo, que te importa.
- **Falta de intimidad o interrupciones:** Si no dispones de un espacio reservado o te distraen continuamente las interrupciones o los ruidos, la persona con diabetes puede sentirse ninguneada o pensar que no es un espacio seguro para abrirse a ti. ¿Se

pueden evitar esas interrupciones? ¿Puedes colgar un cartel en la puerta, bajar las persianas y poner el teléfono en silencio?

■ Atención a la diversidad

“ *No vemos las cosas como son, las vemos como somos.* ”

Anónimo⁴⁵

En esta guía práctica, nos referimos siempre a personas con diabetes de la población adulta en general, pero, por supuesto, en España hay diversidad. No está dentro de los objetivos de esta guía abordar las necesidades específicas de cada grupo social o cultural ni los métodos concretos que puedan precisar. Sin embargo, en esta sección se ofrecen algunos consejos para quienes trabajan con grupos diversos y se indican algunos recursos útiles. Las directrices y listas de comprobación son menos importantes que aplicar «un enfoque reflexivo que evite los estereotipos y las suposiciones a la hora de prestar una atención sensible culturalmente».⁴⁶

Los factores sociales y culturales desempeñan un papel importante a la hora de determinar:

- por qué y cuándo acude la persona a consulta;
- la relación entre el profesional y la persona con diabetes («el paciente»);
- las creencias sobre la salud y la enfermedad (emocional, mental y física);
- las actitudes ante la salud y la enfermedad (emocional, mental y física);
- la medida en que se puede modificar el estilo de vida para controlar una enfermedad crónica como la diabetes;
- la predisposición de las personas a tomar medicación;

Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de desarrollar estrategias comunicativas adecuadas para satisfacer las necesidades de todos los miembros de la comunidad. La mayor parte de este capítulo defiende un estilo comunicativo abierto y empático; sin embargo, hay que tener en cuenta que es posible que este enfoque no sea el más adecuado para todo el mundo: hay que prestar atención a la diversidad y reflexionar sobre el enfoque comunicativo que deberías adoptar cada vez.

Ser consciente de tus propias actitudes, presunciones

y estereotipos personales te ayudará a dejarlos a un lado y minimizar su influencia durante la conversación. Así podrás centrarte en comprender los valores y los deseos de esa persona en concreto cuando hable contigo de su salud.

En algunos casos, la persona puede sentirse más cómoda si acude con un familiar a la consulta, un amigo u otra persona de confianza. Hazle saber que puede hacerlo sin problemas.

Alfabetización en salud

La alfabetización en salud va más allá de la alfabetización y el cálculo básicos; abarca también la capacidad de una persona de comprender y aplicar la información relacionada con la salud y su capacidad para desenvolverse en el sistema sanitario.⁴⁷ La alfabetización en salud suele ser baja: hasta el 58% de los españoles tienen una alfabetización en salud insuficiente o problemática,⁴⁸ por lo que hay que estar atentos a los indicios (ver [cuadro 1.4](#)). No presupongas que la persona te lo va a decir directamente; muchas personas se lo callan por miedo a ser juzgadas o por vergüenza.⁴⁹ Las personas con una baja alfabetización en salud suelen depender mucho de la información verbal que les transmiten los profesionales sanitarios.

Prestar atención a la alfabetización en salud nos ayuda a reflexionar sobre cómo podemos mejorar la calidad de la atención que prestamos.⁵⁰

Los factores sociales y culturales desempeñan un papel importante a la hora de determinar:

- por qué y cuándo acude la persona a consulta;

- la relación entre el profesional y la persona con diabetes («el paciente»);
- las creencias sobre la salud y la enfermedad (emocional, mental y física);
- las actitudes ante la salud y la enfermedad (emocional, mental y física);
- la medida en que se puede modificar el estilo de vida para controlar una enfermedad crónica como la diabetes;
- la predisposición de las personas a tomar medicación;
- el estilo comunicativo que prefiere la persona.

Piensa en lo que se le pide a una persona con diabetes en una consulta cualquiera: tiene que darle información al profesional, tiene que comprender y tomar decisiones en función de la información que éste le facilite y además tiene que acordarse de hacer las preguntas adecuadas. Cuando esa persona vuelve a su casa, tiene que recordar todo lo que se ha dicho y hecho en la consulta, y aplicarlo. Imagina lo difícil que debe de ser para alguien que no haya entendido bien el mensaje del profesional sanitario y las consecuencias para su autocuidado y los resultados en su salud. Ahora piensa en que esa persona debe repetir este proceso en las consultas de oftalmología, podología y demás cuidados relacionados con la diabetes.

El [cuadro 1.2](#) recoge consejos especialmente útiles para personas con un menor nivel de alfabetización en salud, como el uso de un lenguaje sencillo, anécdotas, relatos y material visual para estimular la formulación de preguntas y verificar tu comprensión y la suya.

Cuadro 1.4: Indicios de que alguien puede tener una baja alfabetización (en salud)

Aquí tienes algunos indicios de que la persona tiene dificultades para comprender y aplicar la información (relacionada con la salud)⁴⁹

- Responde incorrectamente a preguntas basadas en el conocimiento (p. ej., relacionadas con la información que le has entregado por escrito).
- Evita o se pone nerviosa con tareas de aprendizaje complejas.
- Se «olvida» los libros de registro (p. ej., los niveles de glucosa en sangre, los alimentos que ha ingerido, la medicación que toma).
- Comete errores de cálculo (p. ej., hidratos de carbono, dosis de insulina).
- Entrega los formularios sin rellenar.

- Se presenta sin haberse «preparado» la consulta (p. ej., no se ha leído las instrucciones que le habías entregado) o directamente no acude a las consultas que tiene que «prepararse».
- «Se olvida» de traer las gafas de leer.
- Dice que ya rellenará el formulario «en casa».
- Le entrega a su acompañante la información que le das por escrito.
- Se acerca mucho a los ojos los documentos que le entregas e indica con el dedo por dónde va leyendo.

Para confirmarlo, le puedes preguntar a la persona, siempre con mucho tacto y delicadeza, si se siente cómoda rellenando los formularios por sí sola.⁵¹

Diversidad cultural y lingüística

España es un país cultural y lingüísticamente diverso. Existen más de 5,3 millones de personas extranjeras residentes en España, donde marroquíes, rumanos y británicos son los más numerosos. La población colombiana es la que más creció, un 14%, en los últimos años. Cabe resaltar que en ciudades como Ceuta y Melilla la población musulmana es del 43% y 53% respectivamente⁵².

«Cultural y lingüísticamente diverso» es una expresión que abarca una gran variedad de personas en lo relativo a su país de origen, su cultura, su religión, su lengua materna y otras características, por lo que es imposible ofrecer consejos concretos que sean válidos para todo el mundo.

Además, aquí tienes algunos puntos generales sobre los que reflexionar:

➤ **Valora las diferencias culturales:** La cultura desempeña una función primordial en la formación de valores, creencias y prácticas. Las personas que tienen unos orígenes distintos a los tuyos pueden tener creencias, prácticas y valores distintos de los tuyos. Parte de tu ética profesional consiste en reflexionar sobre tus propios prejuicios culturales, ser consciente de cómo pueden influir en tu praxis y tenerlo en cuenta en tu comunicación y en la atención que prestas.⁵³ Por ejemplo, las personas pueden tener:

- diferentes concepciones y creencias sobre la salud (p. ej., salud mental y diabetes);⁵⁴
- un estilo comunicativo distinto (p. ej., pueden preferir la comunicación verbal, por escrito o pictográfica, o un estilo pasivo o asertivo);⁵⁴
- diferentes expectativas y preferencias en cuanto a su asistencia sanitaria (p. ej., la función que espera que desempeñe el profesional,⁵⁵ que prefiera a un profesional sanitario de su mismo sexo o remedios tradicionales de su cultura).

Haz preguntas a la persona para determinar qué conocimientos tiene y para conocer su punto de vista; no des por sentado que ya posee esa información.

➤ **Reconoce las dificultades idiomáticas y adapta-te a ellas:** Aunque el español es la lengua oficial, coexiste con otras en diversas comunidades autónomas, es importante ser consciente de que el hecho de que alguien domine una lengua no significa que también domine la terminología médica. Las

barreras lingüísticas pueden obstaculizar la comunicación y repercutir en la calidad y la aceptación de los cuidados, así como en los resultados en materia de salud física y mental.^{56,57} Tienes que estar dispuesto a adaptar la forma en la que te comunicas y trabajas para satisfacer las necesidades de la persona. También es importante que dispongas de un intérprete cualificado en lugar de confiar en un pariente o en un amigo.

En las comunidades autónomas suele existir un servicio de traducción de idiomas vía telefónica. Consulta con su Gerencia de Salud para conocer más del mismo.

➤ **Atiende a las necesidades y preferencias de cada persona:**⁴⁶ Ni funciona ni resulta adecuado seguir un método «de talla única» con todas las personas. Es preciso individualizar cada atención.

Todo lo comentado en los apartados anteriores hay que aplicarlo igualmente a la adaptación de materiales educativos, sitios web, cuestionarios de información, etc.

No solo se trata de traducir el idioma, sino de valorar las diferencias culturales y creencias de salud para el buen uso de ciertos colores, iconos, imágenes o individuos que aparecen en los materiales.

➤ **Asesórate e implica a otros expertos:** Familiarízate con los servicios de tu zona que sean adecuados culturalmente. Si así lo acuerdas con la persona con diabetes, intenta contactar con:

- Asociaciones culturales para que te asesoren sobre cómo comunicarte con grupos de culturas concretas y te ayuden a identificar los servicios de derivación más adecuados.
- Intérpretes formados y cualificados que ayuden a superar las barreras lingüísticas^{46,58} y a evitar los errores de comunicación.⁵⁹ Es recomendable consultar las directrices para trabajar con intérpretes en tu comunidad autónoma.

➤ **Mejora tus competencias:** Plantéate participar en algún curso de formación en sensibilización cultural o seguridad cultural.⁵⁷

➤ **Cuestionarios:** Aunque se han traducido varios cuestionarios a otros idiomas, puede que no estén adaptados culturalmente.

Discapacidad

Por último, ten en cuenta que las discapacidades (físicas, intelectuales, cognitivas, etc.) pueden influir en el estado emocional de la persona y en su capacidad para comunicarse o comprender.

Tomar las medidas adecuadas para ayudar a estas personas también forma parte de la atención a la diversidad.

Recursos



Para profesionales sanitarios

Comunicación

› El uso del lenguaje en el cuidado y la educación de la diabetes

Descripción: Este artículo resume las recomendaciones del grupo de trabajo de la AADE (Asociación Americana de Educadores en Diabetes) y la ADA (Asociación Americana de Diabetes). Las recomendaciones van dirigidas tanto a los profesionales sanitarios cuando hablan sobre la diabetes con personas con diabetes, como cuando se dirigen al público en general.

Fuente: Jansà M. Diabetes, SED. 2018;49:26-27.

› El lenguaje importa. Latinoamérica. Guía sobre la importancia del lenguaje utilizado por los que cuidamos de personas con diabetes.

Descripción: Traducción al español de la guía Language matters desarrollada en 2018 en Reino Unido. La obra es un manual práctico que establece cómo los profesionales sanitarios deben evitar el lenguaje estigmatizante y fomentar interacciones más positivas con las personas que viven con diabetes.

Fuente: International Diabetes Federation, IDF, 2020.

URL: idf.org/our-network/regions-members/europe/europe-news/310:spanish-translation-of-%E2%80%9Clanguage-matters%E2%80%9D.html

› Guía para mejorar la comunicación con tus pacientes durante las consultas telefónicas.

Descripción: Esta guía incluye pautas que preten-

den ser una base para que el personal sanitario pueda establecer unos buenos códigos de comunicación durante la atención telefónica. En la guía se pueden encontrar consejos para mejorar las principales habilidades comunicativas, soluciones a los problemas habituales y claves para empatizar con los pacientes durante una llamada.

Fuente: Cronicidad hoy. Conexión. Contenidos prácticos para el día a día de tu consulta. Boehringer Ingelheim, 2021.

URL: cronicidadhoy.es/arxius/imatgesbutlleti/Guia-comunicacion-consultas-telefonicas.pdf

› Consejos y trucos para una comunicación eficaz con las personas con diabetes: cómo ayudarles a alcanzar los objetivos y lograr los suyos propios.

Descripción: Un capítulo con consejos sobre cómo lograr consultas centradas en la persona.

Fuente: Cradock S & Barnard KD, en KD Barnard & CE Lloyd (Eds.) Psychology and diabetes care: a practical guide. London: Springer, 2012.

URL: link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-85729-573-6_6

› Recomendaciones para una comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes: ¿cómo ayudar a sus pacientes a preguntar sus dudas?

Descripción: Resumen de algunas de las recomendaciones de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud que pueden poner en práctica los profesionales sanitarios para favorecer el uso de preguntas por parte de los/as pacientes con el fin de asegurar una adecuada comunicación en consulta.

Fuente: PyDeSalud. Web para promover la participación de la ciudadanía en decisiones sobre su salud.

URL: pydesalud.com/wp-content/uploads/2020/09/IG-Encourage-Questions-min.pdf

Diversidad cultural

› Diabetes y Ramadán

Descripción: Recomendaciones sobre la diabetes durante el Ramadán, así como materiales para profesionales y personas con diabetes, incluyendo

documentación traducida así como terminología árabe traducida al español que puede facilitar la comunicación con personas con diabetes.

Fuente: Diabetes y Ramadán. RedGDPS

URL: redgdps.org/diabetes-y-ramadan#recomendaciones

Alfabetización en salud

› Aspectos culturales y sanitarios de la diabetes

Descripción: Este documento desglosa cómo los profesionales deben enfocar la educación en diabetes con cada individuo para satisfacer sus necesidades. Entre otros puntos clave aborda el papel del profesional a la hora de evaluar los conocimientos sobre salud, el impacto de la alfabetización en salud en el automanejo de la diabetes, la necesidad de sensibilidad cultural, la terminología cultural y estrategias para implementarla en la práctica y algunas consideraciones sobre eSalud.

Fuente: Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES). Practice paper, 2019.

URL: diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/practice-documents/practice-papers/adc-es-cultural-and-health-literacy-considerations-wi-th-diabetes-final-4-1-20.pdf?sfvrsn=4

› MOOC de alfabetización para la salud. Propuestas e ideas para cuidar y cuidarnos

Descripción: Vídeos del MOOC Alfabetización para la salud: propuestas e ideas para cuidar y cuidarnos.

Fuente: Universitat Oberta de Catalunya, 2020

URL: uoc.edu/opencms_portal2/opencms/ES/ehealth-center/casos-exit/mooc/list.html



Para personas con diabetes

Comunicación

» La importancia del lenguaje en personas con diabetes

Descripción: En esta exposición del Diabetes Experience Day 2023, dirigida a personas y familias con diabetes, el psicólogo experto en diabetes Javier Hurtado reflexiona y hace un recorrido histórico en

torno a la importancia del lenguaje en la salud y, especialmente, en la diabetes.

Fuente: Diabetes Experience Day 2023

URL: youtube.com/watch?v=7REhzl4OgwA

Referencias

1. Whyte WH. Fortune Magazine. 1950.
2. Mosely K, Aslam A, et al. Overcoming barriers to diabetes care: perceived communication issues of healthcare professionals attending a pilot Diabetes UK training programme. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010;87(2):e11-4.
3. Davies M, Dempster M, et al. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabetic Medicine*. 2006;23(8):917-19.
4. Malone A, Dempster M, et al. Providing psychological services for people with diabetes. *Practical Diabetes International*. 2005;22(7):244-8.
5. Hendrieckx C, Bowden J, et al. An audit of psychological well-being in adults with type 1 diabetes. Comunicación presentada en: Australian Diabetes Society and Australian Diabetes Educators Society Annual Scientific Meeting. 2012; Brisbane, Australia.
6. Snoek FJ, Kersch NY, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND)-2: follow-up data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care*. 2012;35(11):2128-32.
7. Snoek FJ, Kersch NY, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): baseline data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care*. 2011;34(3):601-3.
8. Pouwer F, Beekman AT, et al. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*. 2006;60(2):235-40.
9. Holt R, Nicolucci A, et al. Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs second study (DAWN2™): cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care—healthcare professional perspective. *Diabetic Medicine*. 2013;30(7):789-98.
10. Nicolucci A, Kovacs Burns K, et al. Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30(7):767-77.
11. Ospina SN, Kari PA, et al. Eliciting the Patient's

- Agenda – Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *Journal of General Internal Medicine*. 2019;34(1):36-40.
12. Flickinger TE, Saha S, et al. Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(2):220-6.
 13. Gray DJP, Sidaway-Lee K, et al. Continuity of care with doctors a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8(6):e021161
 14. Tracy B. 2011 [citado 6 junio 2016]. Disponible en: [facebook.com/BrianTracyPage/posts/10150364248348460](https://www.facebook.com/BrianTracyPage/posts/10150364248348460).
 15. Ammentorp J, Graugaard LT, et al. Mandatory communication training of all employees with patient contact. *Patient Education and Counseling*. 2014;95(5):429-32.
 16. Maatouk-Bürmann B, Ringel N, et al. Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(1):117-24.
 17. Adams K, Cimino JE, et al. Why should I talk about emotion? Communication patterns associated with physician discussion of patient expressions of negative emotion in hospital admission encounters. *Patient Education and Counseling*. 2012;89(1):44-50.
 18. Fisher L, Polonsky WH, et al. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. *Diabetic Medicine*. 2019;36(7):803-12.
 19. Levinson W, Gorawara-Bhat R, et al. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*. 2000;284(8):1021-7.
 20. Stuckey HL, Vallis M, et al. 'I Do My Best To Listen To Patients': Qualitative Insights Into DAWN2 (Diabetes Psychosocial Care From the Perspective of Health Care Professionals in the Second Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs Study). *Clinical Therapeutics*. 2015;37(9):1986-98.
 21. Fisher L, Gonzalez JS, et al. The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic Medicine*. 2014;31(7):764-72.
 22. Nicolucci A, Kovacs Burns K, et al. DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWNTM): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30:767-77.
 23. Egede LE, Nietert PJ, et al. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(6):1339-45.
 24. Egede LE, Zheng D, et al. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(3):464-70.
 25. Hofmann M, Köhler B, et al. Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *PLoS One*. 2013;8(11):e79809.
 26. Davies M. Should diabetes services routinely screen for psychological distress? *Practical Diabetes International*. 2007;24(9):483-6.
 27. Browne JL, Ventura A, et al. 'I'm not a druggie, I'm just a diabetic': a qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ Open*. 2014;4(7):e005625.
 28. Browne JL, Ventura A, et al. 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*. 2013;3(11):e003384.
 29. Thornicroft G, Rose D, et al. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*. 2007;19(2):113-22.
 30. Barney LJ, Griffiths KM, et al. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BioMed Central Public Health*. 2009;9(1):61.
 31. The Lancet Diabetes & Endocrinology. Diabetes stigma and discrimination: finding the right words [Editorial]. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2018;6(9):1.
 32. Hocking B. *A Life Without Stigma: A SANE Report*. South Melbourne: SANE Australia; 2013.
 33. Rowling JK. *Harry Potter and the Deathly Hallows*. London: Bloomsbury; 2007.
 34. Dickinson JK. The Experience of Diabetes-Related Language in Diabetes Care. *Diabetes Spectrum*. 2018;31(1):58-64.
 35. Lloyd CE, Wilson A, et al. Language matters: a UK perspective. *Diabetic Medicine*. 2018;35(12):1635-41.
 36. Holt RIG, Speight J. The language of diabetes: the good, the bad and the ugly. *Diabetic Medicine*. 2017;34(11):1495-97.
 37. Speight J, Skinner TC, et al. Our language matters: Improving communication with and about people with diabetes. A position statement by Diabetes Australia. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2021;173:108655.

38. International Diabetes Federation. International Diabetes Foundation Language Philosophy Technical Document. International Diabetes Federation: Brussels; 2014.
39. Dickinson JK, Guzman S, et al. The Use of Language in Diabetes Care and Education. *Diabetes Care*. 2017;40(12):1790-99.
40. Cooper A, Kanumilli N, et al. Language matters. Addressing the use of language in the care of people with diabetes: position statement of the English Advisory Group. *Diabetic Medicine*. 2018;35(12):1630-4.
41. Hermanns N, Kulzer B, et al. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*. 2006;49(3):469-77.
42. Pouwer F, Snoek FJ, et al. Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes effects on mood, HbA1c, and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2001;24(11):1929-35.
43. Todd PJ, Edwards F, et al. Evaluating the relationships of hypoglycaemia and HbA1c with screening-detected diabetes distress in type 1 diabetes. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*. 2018;1(1):e00003.
44. Pouwer F, Tack C, et al. Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Diabetologia*. 2011;54(4):741-8.
45. Quote Investigator. We Don't See Things As They Are, We See Them As We Are; 2014 [citado 6 Junio 2016]. Disponible en: quoteinvestigator.com/2014/03/09/as-we-are/.
46. Furler J, Kokanovic R. Mental health: cultural competence. *Australian Family Physician*. 2010;39(4):206-8.
47. Misra-Hebert AD, Isaacson JH. Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2012;79(2):127-33.
48. Sørensen K, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 2015;25(6):1053-1058.
49. Conn JJ, Silberberg CL, et al. Enhancing your consulting skills supporting self-management and optimising mental health in people with type 1 diabetes. Canberra: National Diabetes Services Scheme; 2014.
50. Barrett SE, Puryear JS. Health Literacy: Improving Quality of Care in Primary Care Settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2006;17(4):690-7.
51. Chew LD, Bradley KA, et al. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*. 2004;36(8):588-94.
52. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2021 [citado 22 Enero 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/cp_e2021_p.pdf.
53. Plaza FJ, Soriano E, et al. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*. 2013; 12, 14.
54. Shaw SJ, Huebner C, et al. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2009;11(6):460-7.
55. Mazzi MA, Rimondini M, et al. Which patient and doctor behaviours make a medical consultation more effective from a patient point of view. Results from a European multicentre study in 31 countries. *Patient Education and Counseling*. 2018;101(10):1795-1803.
56. van den Muijsenbergh M, van Weel-Baumgarten E, et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. *Primary Health Care Research & Development*. 2014;15(2):122-33.
57. Komaric N, Bedford S, et al. Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BioMed Central Health Services Research*. 2012;12(1):322.
58. Furler J, Kokanovic R, et al. Managing depression among ethnic communities: a qualitative study. *The Annals of Family Medicine*. 2010;8(3):231-6.
59. Bird S. Failure to use an interpreter. *Australian Family Physician*. 2010;39(4):241-2.



Capítulo 2

Afrontar la vida con diabetes



Mensajes clave

- Vivir con la diabetes implica adquirir nuevos conocimientos y desarrollar habilidades para manejar una enfermedad que dura toda la vida (por el momento).
- Las respuestas al diagnóstico pueden variar, algunas personas experimentan una serie de emociones negativas (p. ej., shock, duelo, enfado, distrés, culpa), mientras que otras, se toman el diagnóstico con escasa repercusión o incluso supone un alivio tras un periodo de incertidumbre respecto a unos síntomas aparentemente inexplicables.
- Las respuestas al diagnóstico se ven influidas por el tipo de diabetes diagnosticada y por las características y experiencias que tenía la persona antes del diagnóstico (p. ej., síntomas, familiaridad con la enfermedad).
- Cada persona con diabetes recorre su propio camino, pero la mayoría necesitará el apoyo de los profesionales sanitarios, sus familiares y sus compañeros o amistades en algún momento.



Puntos a tener en cuenta

- Reflexiona sobre cómo te sentirías tú si tuvieras que vivir con diabetes y utilízalo para apoyar a la persona.
- Ten en cuenta que recibir el diagnóstico puede generar una serie de emociones en la persona.
- Escucha con empatía a la persona, ayúdala y asegúrale que puede contar con tu apoyo para que su convivencia con la enfermedad sea óptima.

Recibir el diagnóstico de diabetes

El diagnóstico de esta enfermedad marca el inicio de una nueva realidad. Nadie decide tener diabetes. La persona se enfrenta a una enfermedad crónica que puede ser muy exigente. Su vida tras el diagnóstico cambiará por completo, por lo que puede sentir que nunca recuperará del todo su estado de bienestar anterior o que está perdiendo su independencia o el control de su salud.

Para algunas personas, el diagnóstico puede ser un shock.^{1,2} Entre sus primeras reacciones emocionales se encuentran la incredulidad, el enfado, la culpa y la ansiedad. Para otras, el diagnóstico puede suponer un alivio tras un periodo de incertidumbre en cuanto a los síntomas y las consecuencias de la hiperglucemia.^{1,2}

“ Me quedé en shock porque llevo una vida muy sana, y pensé “madre mía, esto es el fin”; así de impactado estaba. ”

Persona con diabetes tipo 2³

“ Pasaba constantemente del shock a la negación, al dolor, al llanto... De verdad que pasé por todo eso... La intensidad de mis emociones fue aumentando y disminuyendo durante bastante tiempo... Pasé por un montón de reacciones los primeros 12 meses. ”

Persona con diabetes tipo 1

“ No creo que sea algo tan demoledor. Hay cosas incurables que son mucho peores. ”

Persona con diabetes⁴

“ Creo que es bastante bueno que me lo hayan detectado... Si no me hubieran hecho esas pruebas, podría haber seguido con mi vida tan normal y haberme hecho más daño todavía. ”

Persona con diabetes tipo 2¹

La forma en la que una persona responde a la diabetes varía dependiendo de sus características individuales, como la edad, el género, el entorno social y cultural, su etapa vital y sus experiencias. También es probable que las reacciones varíen en función del tipo de diabetes diagnosticado (ver cuadro 2.1) y de las creencias de la persona en cuanto a la enfermedad, su evolución y hasta qué punto se puede manejar.

Cuadro 2.1: Reacciones a la diabetes tipo 1 o tipo 2

La diabetes tipo 1 puede aparecer de forma repentina y con síntomas intensos (hiperglucemia aguda). A veces, el diagnóstico se establece tras un breve período de empeoramiento y de hospitalización por cetoacidosis diabética, que puede ser traumática. El diagnóstico de la diabetes tipo 1 suele ser casi siempre devastador, a pesar de que se pueda llevar una vida larga, sana y feliz con ella. Por ello, entre las reacciones típicas se encuentran tanto el shock como el alivio.

Por el contrario, **la aparición de la diabetes tipo 2**, rara vez va acompañada de estos síntomas agudos y, erróneamente, se puede considerar una afección «leve» y esperable de la edad avanzada. Entre las reacciones típicas se encuentran la negación y la apatía. La excepción se da cuando el diagnóstico se establece en presencia de complicaciones (p. ej., retinopatía no proliferativa). En esos casos excepcionales, las consecuencias potencialmente devastadoras de la diabetes son ya evidentes para la persona. Las reacciones típicas suelen ser el enfado, la culpa y la tristeza. La reacción de la persona también depende de si se esperaba o no el diagnóstico, p. ej., una persona que tiene síntomas que sospecha que están relacionados con la diabetes o que sabe que tiene antecedentes familiares de diabetes se puede sentir más preparada y menos «sorprendida» con el diagnóstico. En cambio, una persona que lleva un tiempo encontrándose mal puede sentirse aliviada al conocer el motivo y porque el diagnóstico no sea algo que perciba como «peor». La reacción de una persona que se sorprenda con el diagnóstico, p. ej., porque fuera asintomática, es más variable (p. ej., puede quedarse «en shock» o sentirse «agradecida»¹).

Es muy importante no referirse a la diabetes tipo 2 como «una diabetes leve» o simplemente decir que la persona «tiene un poco de azúcar». Estas expresiones no tranquilizan a la persona y pueden ser contraproducentes. Todos los tipos de diabetes son graves y pueden provocar complicaciones si no se manejan bien.

“ Para mí fue fácil porque mi hijo ya lo tenía, así que ya lo había vivido, ya sabía lo que era. ”

Persona con diabetes⁴

“ La diabetes es lo mejor que me ha pasado en mucho tiempo porque ha traído consigo muchas ventajas y cambios positivos. ”

Persona con diabetes tipo 2¹

Algunas personas creen que la diabetes no les va a alterar mucho su vida, lo cual puede ser cierto. Sin embargo, percibir que la diabetes tiene muy poca repercusión en su vida puede ser una señal de que la persona no ha comprendido (aún) lo grave que es esta enfermedad y los cambios que debe realizar para manejarla con eficacia. La persona puede tardar semanas, meses o años en darse realmente cuenta de las repercusiones que tiene la diabetes en su vida y en su futuro. No reconocer que hay que adoptar o cambiar ciertos comportamientos de autocuidado puede ser un signo de baja autoeficacia (es decir, que la persona no se sienta capacitada para realizar cambios conductuales) o de miedo al fracaso. La falta de confianza y/o el miedo al fracaso es lo típico que suelen experimentar las personas que deben dejar de fumar o perder peso. Los repetidos intentos fallidos les llevan a dejar de seguir intentándolo.

“ Intento que no me preocupe, no ha cambiado nada excepto un poco mi forma de comer. La diabetes es algo con lo que se puede vivir, ¿no? ¿O me equivoco? ”

Persona con diabetes tipo 2⁵

“ Y, a decir verdad, no siento que tenga diabetes... solo sé que tengo diabetes porque me lo ha dicho el médico... No siento que tenga que hacer nada para remediarlo. En realidad, podría seguir con mi cerveza... Si me tomara en serio que tengo diabetes, tomaría medidas más drásticas al respecto. ”

Persona con diabetes tipo 2⁶

“ No creo que acepte del todo [el diagnóstico]... [pero] una tiene que hacerlo para seguir adelante con la vida... Creo que te vas acostumbrando a incorporarlo o a integrarlo en tu vida. ”

Persona con diabetes tipo 1

No todas las personas a las que se les ha comunicado que tienen diabetes se sienten preparadas para hacer frente a sus consecuencias de inmediato. Esta estrategia de «evitación» puede ser un mecanismo de

adaptación eficaz. A corto plazo puede ser positivo, ya que ofrece a la persona una manera de adaptarse lentamente y aceptar el cambio sin agobios,⁷ pero si se prolonga durante semanas, meses o incluso años, puede tener consecuencias negativas para el bienestar emocional, el manejo de la enfermedad y los resultados en la salud.

“ Creo que fue unos dos meses más tarde, si eso, ¿sabes? Y creo que todavía no he sido capaz de, digamos, eh, de decirme a mí mismo que lo tengo, ¿sabes? Aún estoy en fase de negación... Sigo pensando que “se habrán tenido que equivocar. ”

Persona con diabetes³

“ He oído que la diabetes te puede dejar ciego, pero no quiero saberlo. Es que no quiero ni pensarlo. ”

Persona con diabetes⁸

Que no se implique en el manejo de la diabetes (p. ej., que no se tome la medicación o que no acuda a las consultas) puede ser una señal de que la persona tiene dificultades para asimilar el diagnóstico o el autocuidado y que, por tanto, necesite más apoyo.

Independientemente de las reacciones iniciales, para la mayoría de personas, el proceso de adaptación seguirá su curso natural y encontrará la forma de incorporar la diabetes y su manejo a su vida diaria y a su estilo de vida.⁹ En cambio, a algunas otras personas les costará mucho y puede que necesiten el apoyo de un profesional sanitario.



Además de las respuestas emocionales y de las creencias, hay muchos otros motivos por los que las personas con diabetes tienen dificultades para incorporar a sus vidas lo que exige el manejo de la diabetes, como, p. ej., la alfabetización en salud, las consecuencias sociales y culturales (p. ej., el miedo a perder el trabajo, aislarse de su comunidad o el estigma) y las limitaciones relacionadas con el sistema sanitario y el acceso a la atención.

A menudo, durante las semanas y meses posteriores al diagnóstico, la persona se puede sentir abrumada por la «sobrecarga de información» y las numerosas y complejas tareas de manejo que debe aprender a realizar. Estas emociones iniciales abrumadoras

pueden hacer que se sienta incapaz de hacer frente a la situación, además de influir en su memoria y capacidad para retener información¹. Si cree que tiene que hacerlo todo bien desde el principio, le supondrá más presión, aumentando así la carga emocional del diagnóstico. Puedes ayudarla a reducir esa presión asegurándole que le llevará tiempo aprender lo que le funciona mejor y mostrándole que confías en que ese momento llegará.

“Te pones a pensar en plan “Uy, ¿tengo [los niveles de glucosa] demasiado altos? ¿Debería tomar más linsulina o no?”, y después tengo que pensar “Sí, entonces hago tal cosa” o “No, entonces no lo hago”. Te lleva un tiempo aprender cómo reaccionar.”

Persona con diabetes¹⁰

Durante el primer año tras recibir el diagnóstico, pregúntale periódicamente cómo está llevando la diabetes y qué cree y qué opina sobre ella, su manejo y las repercusiones que tiene en su vida cotidiana (ver cuadro 2.2). Estas conversaciones te pueden ayudar a detectar en una fase temprana si la persona no se está adaptando bien y si puede necesitar apoyo adicional.

En el [capítulo 3](#) y en el [anexo B](#) dispones de estrategias para detectar el aspecto o aspectos de la diabetes que están provocándole a la persona problemas de afrontamiento (p. ej., emocionales, cognitivos o conductuales) y cómo prestarle el apoyo adecuado.

Si observas que, meses después del diagnóstico, sigue teniendo problemas de negación, duelo, culpa o ansiedad asociados a la diabetes, plantéate derivarla a un profesional de la salud mental para que reciba apoyo especializado. En el [capítulo 9](#) dispones de más información sobre cómo derivar a la persona a un profesional de la salud mental.



Si cuentas con un especialista en psicología en tu equipo, preséntaselo a la persona con diabetes lo antes posible. Lo mejor es que se vean en persona para que se conozcan desde el principio, lo que facilitará que acuda a su consulta en el futuro y a «normalizar» que solicite apoyo psicológico no es ningún signo de «debilidad».

En definitiva, no todo el mundo reacciona igual cuando recibe el diagnóstico. Son muchos los factores que

intervienen en el proceso de afrontamiento de esta enfermedad, y comprender las experiencias de la persona tanto antes como después del diagnóstico te ayudará a brindarle tu apoyo de manera más eficaz.

Cuadro 2.2: Preguntar a la persona cómo está afrontando el diagnóstico de la diabetes

A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de preguntas abiertas que puedes utilizar para averiguar cómo está afrontando el diagnóstico:

- “¿Cómo se ha sentido desde que le dijeron que tenía diabetes?”
- “¿Cómo reaccionó usted cuando le comunicaron que tenía diabetes?”
- “¿De qué manera cree que le puede afectar la diabetes en [el colegio/el trabajo/las relaciones personales/la familia/el deporte/sus aficiones, etc.]?”
- “¿Qué opina de decirle a los demás que tiene diabetes?”
- “¿Cómo reaccionaron [sus parientes más cercanos] cuando usted les comunicó el diagnóstico?”
- “¿Cómo cree que lo está afrontando?”
 - “¿Qué cree que le será más difícil a la hora de encajar la diabetes en su vida?”
 - “¿Qué cree que le resultará más fácil de hacer/cambiar?”
 - “¿Qué es lo que cree que puede ser más difícil?”

Reconocer ante la persona los retos cotidianos de vivir con la diabetes y el gran esfuerzo que entraña manejar la enfermedad puede ayudarle a sentirse más cómoda a la hora de compartir contigo lo que piensa y lo que siente. Para ello, puedes preceder tus preguntas abiertas de, p. ej., «Muchas de las personas a las que atiendo piensan que es todo un reto convivir con la diabetes» o «Puede ser muy difícil asimilar que tienes diabetes». Este tipo de comentarios «normalizan» el proceso de adaptación de la persona y le ayudan a ver que no es la única que piensa o que se siente así.

Explícale que lleva un tiempo incorporar la diabetes a su vida; p. ej.: «Manejar la diabetes y convivir con la enfermedad es un proceso de aprendizaje; es un poco “ir probando”. Con el tiempo, te convertirás en una persona experta en el manejo de la diabetes».

El diagnóstico de la diabetes: el comienzo de una relación con los profesionales sanitarios que durará toda la vida

Para muchas personas, recibir el diagnóstico indica el comienzo de una relación con el sistema de salud y los profesionales que lo integran que durará toda la vida.¹⁰ Aunque pases muy poco tiempo con la persona, ésta valorará tus conocimientos especializados y tu orientación cuando le muestres verdadero respeto y empatía (ver cuadro 2.3).¹¹

Ofrecerle un apoyo constante a la persona con diabetes le ayudará a darse cuenta de que estás «de su parte» y que no eres alguien a quien debe rendir cuentas. Así, conservarás su confianza y la mantendrás motivada para cuidar de su diabetes y de su salud en general a largo plazo.

El blog reproducido en el [cuadro 2.4](#) describe cómo se siente una persona con diabetes, qué le gustaría a ella que supiera el profesional sanitario que la trata y, lo que es más importante, cómo le gustaría que se comunicara con ella.

Sirve para ilustrar que es importante utilizar un lenguaje adecuado con estas personas y no trivializar sus esfuerzos por manejar la diabetes ni los retos que le plantea el autocuidado constante de esta enfermedad que dura toda la vida. El estilo comunicativo de un profesional sanitario tiene importantes repercusiones en la forma en la que una persona maneja y se enfrenta a la diabetes (ver [capítulo 1](#)).

Cuadro 2.3: ¿Cómo es vivir con la diabetes?

Es difícil imaginarse cómo es vivir con la diabetes cuando uno mismo no la padece. Sin embargo, con los conocimientos que posees sobre la enfermedad y las experiencias que las personas con diabetes han compartido contigo, puedes reflexionar sobre lo siguiente:

- *“¿Cómo me sentiría yo si tuviera diabetes?”¹²*
- El régimen de tratamiento de la diabetes es solo uno de los aspectos del manejo de la enfermedad. Para la mayoría, el manejo de la diabetes es intensivo y tiene múltiples facetas. Entre las tareas diarias destacan la toma de medicación y el autoanálisis de la glucosa en sangre, los cambios en la dieta, la actividad física y el cuidado de los pies. También están los chequeos médicos periódicos (p. ej., la HbA1c, la presión arterial, los exámenes oculares, etc.).¹³ No obstante, un manejo eficaz no se limita a la realización de estas tareas y a acudir a las citas, sino que también requiere saber resolver problemas, tomar decisiones, afrontar la situación de manera saludable y reducir los riesgos.¹⁴ Todo esto implica desarrollar resiliencia frente a las frustraciones cotidianas que surgen de vivir con la diabetes, saber cómo lidiar con las reacciones de los demás ante la diabetes y ante sus opciones de autocuidado y convertirse en personas expertas en su propia enfermedad.¹⁵
- Una persona con diabetes tipo 1:
 - que lleva 40 años viviendo con la enfermedad, se ha pinchado en el dedo 58 400 veces (una media de 4 al día) y probablemente haya sufrido más de 4.000 episodios de hipoglucemia leve y entre 40 y 60 episodios de hipoglucemia grave .
 - suele tomar más de 100 decisiones diarias relacionadas con la diabetes, está cansada de pensar continuamente en la enfermedad y siente que su familia está continuamente preocupada por ella y por su diabetes.
- Una persona con diabetes tipo 2:
 - normalmente debe cambiar los hábitos que ha ido adquiriendo a lo largo de su vida (comer más sano, hacer más ejercicio y perder peso no es fácil, especialmente cuando las recompensas no son evidentes a corto plazo).
 - y debe tomar decisiones difíciles y/o frustrantes en cada comida, continuamente (p. ej., resistirse a sus alimentos favoritos, lidiar con familiares/amigos bienintencionados que le dicen cosas como «no te va a pasar nada porque te tomes una», recibir consejos confusos sobre una alimentación saludable).
- Muchas personas describen la diabetes como «algo más que un trabajo a tiempo completo».¹⁶ Y así es, pero sin sueldo ni vacaciones, sin garantía de que tus esfuerzos se vean recompensados.¹⁷ ¿Cómo te sentirías si te pidieran que trabajaras 24 horas al día durante un año, pero sin vacaciones y sin la garantía de cobrar al final del año?

Cuadro 2.4: «Querido/a doctor/a»: extracto del blog Diabetogenic



Diabetogenic

real life with diabetes

[Subscribe to feed](#)

[Home](#)

[About me](#)

[About this blog](#)

[Contact me!](#)

August 7, 2015 in [Diabetes](#), [Healthcare team](#), [Real life](#), [Wellbeing](#)

A menudo doy charlas sobre cómo sacarles el máximo partido a nuestros profesionales sanitarios. Una de las cosas de las que suelo hablar es de cómo encontrar a los profesionales que mejor se adaptan a nuestras necesidades. Suelo hablar de entrevistar a los médicos, algo que hice cuando estaba buscando al endocrino más adecuado hace años. Pero se trata de algo recíproco. Un médico me dijo que no creía que fuéramos a trabajar bien juntos. Tenía toda la razón, así que... ¡no tardé en salir de su consulta!

También suelo hablar de ser muy clara y franca: lo que necesitamos de nuestros profesionales sanitarios, lo que esperamos de ellos, para luego darles la oportunidad de hacer lo mismo.

Esto es más o menos lo que quiero decirles a todos los profesionales cuando nos conocemos:

Querido doctor:

Hola. Usted y yo estamos en el mismo bando: del mío. Ambos luchamos para que yo me convierta en mi mejor versión con las cartas que me han tocado.

He pensado que podríamos comenzar así: yo diciéndole lo que necesito de usted y, cosa que me encantaría, usted haciendo lo mismo.

Esta relación funciona en ambos sentidos. Usted necesita cosas de mí y yo necesito cosas de usted. Pongamos todas las cartas sobre la mesa desde el principio.

El respeto mutuo es fundamental. Yo vengo dispuesta a mostrarle el mío. Sin embargo, no seré tan generosa cuando usted no me muestre el suyo.

Los juicios de valor no son bienvenidos en nuestras consultas. Este mensaje es en realidad tanto para mí como para usted, porque ahora mismo le estoy juzgando sin miramientos. Lo que temo es que usted termine por juzgarme y no me comprenda ni a mí ni mi enfermedad. Por favor, demuéstreme que me equivoco, ¡pero luego no me juzgue por ser tan pesada!

Mi problema de salud es uno de los que usted conoce bien, por eso he venido a verle. Quiero saber todo lo relevante que usted sepa al respecto, pero debe recordar que mis conocimientos especializados son únicos en el campo de «la diabetes de Renza*». Soy la experta mundial en este campo y le transmitiré todo lo que he aprendido y sigo aprendiendo sobre él, por lo que, si usted me pudiera ayudar a darle sentido, le estaría enorme y tremendamente agradecida.

No soy tonta. Conozco muy bien el sistema sanitario del que, por desgracia, soy usuaria. También conozco muchos aspectos técnicos de mi enfermedad. Comprendo perfectamente que usted tenga que asegurarse de que me quede claro lo que me va diciendo, pero, por favor, no me lo explique como para tontos. Le prometo que no me importa parecer tonta. Ya le preguntaré yo si no entiendo algo.

*Nombre de la autora de la carta.

Utilizo mucho el humor para sobrellevar lo que es, a veces, algo verdaderamente aterrador con lo que convivir. A veces pensará que mi humor no es que sea el más adecuado. Muchas veces no le pareceré graciosa (pero, por el bien de ambos, por favor, finja; prometo pasar por alto su risa falsa). No me burlo de la situación porque me la tome a la ligera. O porque no me importe. Siempre me importa, y mucho, pero a veces es lo que necesito para seguir adelante.

No se me da nada bien pedir ayuda, pero vengo a verle porque la necesito. Puede parecer que esté dando rodeos hasta que consigo pedir lo que necesito de verdad, por lo que no tenga reparos en preguntarme, alentar o darme un empujoncito.

Se lo diré una vez más. Me preocupa muchísimo mi salud. Quiero estar sana y encontrarme bien y tenerlo todo controlado. Habrá momentos (que pueden alargarse bastante) en los que parezca que me da igual. Fíjese en que uso el verbo parecer, porque sí que me importa. De verdad. Sin embargo, es algo que a veces me sobrepasa y es agotador. Pero de verdad, de verdad que me importa, y mucho.

Tengo una familia preciosa y un trabajo estupendo y una colección de zapatos que le daría envidia y me encanta el café. Me encanta hacer repostería y ver películas antiguas en blanco y negro. Tengo unos amigos maravillosos que suelo ver (normalmente para comer en algún sitio). No me llevo demasiado bien con el ejercicio. Soy una lectora compulsiva y creo que debería acudir al psicólogo para que me ayude a dejar de comprar libros. Me flipan los pintalabios de color rojo intenso y tengo demasiados bolsos. Me encanta la Nutella. Y el beicon. Y los donuts. Se preguntará por qué le estoy contando todo esto. Es porque todas estas cosas forman parte de mi vida, al igual que la diabetes, y eso explica por qué la diabetes no es lo más importante de mi vida ni en lo que me centro todo el tiempo.

Me aterra mi futuro. Me dan miedo las complicaciones de la diabetes, me quedo despierta por la noche, preocupada por la posibilidad de que mi hija tenga diabetes y temo convertirme en una carga para mis seres queridos. La diabetes da miedo. La enfermedad no solo va de números y de resultados de análisis. Es una parte (no deseada) de mi presente y de mi futuro.

Le juro solemnemente que jamás de los jamases entraré en su consulta preguntándole por alguna cura ridícula que haya leído en internet. Recuerde que no soy tonta. Pero también es en internet donde encuentro mucho apoyo e información sobre cómo convivir con la diabetes. Tengo una red de apoyo de personas con diabetes de todas partes del mundo. Me apoyan, me hablan de cosas nuevas que salen, me ayudan a superar los momentos difíciles. Para mí, son una parte tan importante del manejo de la diabetes como lo es usted. No los trate con recelo.

En fin... ¿Sabía que la canela puede curar la diabetes? Voy a desconectar la bomba de insulina y me voy a hinchar a donuts de canela durante una semana, a ver qué tal va. Nah, es broma. (Finja que le ha hecho gracia. Ahora).

Por último, quiero que siempre recuerde que, en todo momento, estoy haciéndolo lo mejor que puedo. Puede que no sea tanto como a usted le gustaría, pero esto no va de usted. Probablemente tampoco sea tanto como me gustaría a mí. Que reconozcan lo que estoy haciendo me hace sentir de maravilla y me suele animar a hacerlo aún mejor.

Gracias por haber leído hasta aquí. De verdad que espero que este sea el comienzo de una hermosa amistad entre médico/a y persona con diabetes.

Salud, Renza

© Diabetogenic, 2015. Reproducido con autorización.

Comunicación de malas noticias

Puede que seas el profesional que le comunique a la persona que tiene diabetes. Quizá algunos profesionales sanitarios no se sientan capacitados ni con la confianza suficiente para dar malas noticias, ya que las reacciones pueden resultar abrumadoras.

La comunicación de malas noticias es una habilidad comunicativa importantísima. Las palabras que se emplean, el contenido y el tono del mensaje pueden condicionar la manera en la que la persona comienza a convivir con la diabetes, ya que pueden afectar a la forma en que responde al diagnóstico, sus reacciones actuales y futuras y su relación con los profesionales sanitarios. Aquí tienes un método para comunicar malas noticias.

SPIKES¹⁹ (conocido en España con el acrónimo EPICEE) es un protocolo que consta de seis pasos que te puede resultar útil:

- **Entorno:** Prepárate para la conversación, entre otras cosas, prepara lo que le vas a decir; procura que el espacio sea reservado y silencioso; invita a la persona a que traiga a su pareja o a un acompañante; reduce al mínimo las interrupciones y establece una buena conexión con la persona.
- **Percepción (de la persona con diabetes):** Averigua lo que la persona ya sabe sobre la diabetes y con qué profundidad, así como el grado de asimilación o comprensión de lo que le vas diciendo, entre otros.
- **Invitación:** Pregúntale si desea recibir la información de forma resumida o en profundidad y dale la oportunidad de hacer preguntas después.
- **Comunicar:** Facilítale la información que le gustaría recibir en un lenguaje que pueda entender teniendo en cuenta, por ejemplo, su nivel de estudios, su entorno sociodemográfico y su estado emocional. Las frases cortas y las pausas le ayudarán a procesar la información. Infórmale sobre las opciones de tratamiento, su pronóstico y los posibles costes.
- **Empatía:** Daos tiempo para que ella pueda expresar sus sentimientos y para que tú puedas reconocerlos, y responde con empatía a su respuesta emocional.
- **Estrategia y resumen:** Resume lo que se haya comentado; pregúntale si tiene alguna duda o si quiere que le aclares algo; desarrolla una estrategia basada en sus esperanzas, expectativas y preocupaciones concretas, y acuerda con ella una consulta de seguimiento.

Principios básicos para avanzar

Como profesional sanitario, posees conocimientos especializados en materia de diabetes, su manejo y sus posibles consecuencias. Es importante que reconozcas que únicamente la persona con diabetes tiene conocimientos especializados sobre su propia enfermedad y su propia vida. Es tu responsabilidad como profesional sanitario ayudar a la persona con diabetes a explorar dichos conocimientos, a poner de relieve cómo la diabetes encaja en su vida y a detectar

Cuadro 2.5: Ayudar a la persona a realizar cambios para integrar la diabetes en su vida

- Cuando le pidas a la persona que realice cambios importantes en su estilo de vida, es fundamental que le transmitas un mensaje esperanzador, empático y comprensivo, sin dejar de informar y siendo objetivo.
- Es importante evitar las amenazas o la persuasión basada en el miedo²¹, sobre todo si la persona no está preparada para afrontar la realidad y las consecuencias que tiene la diabetes para su futuro.
- Es más constructivo intentar comprender por qué la persona no está realizando cambios que, en principio, serían «buenos» para ella.
- Ayúdala a entender sus propias barreras a la hora de conseguir un manejo óptimo de la diabetes y a ver la forma de superarlas.
- Genera un espacio en el que la persona pueda reflexionar sobre su situación actual para que pueda poner en orden sus propias prioridades y preferencias: qué es lo que le gusta y lo que no le gusta de su situación actual, y qué es lo que le gusta y lo que no le gusta de cómo se ve a sí misma en X años si no introduce algunos cambios.
- Ten en cuenta que puede que otras cuestiones tengan más prioridad para ella en este momento; averigua cuáles son sus «callejones sin salida» y ayúdala a valorar lo importantes que son para ella o si puede encontrar formas de superarlos.
- Teniendo todo esto en cuenta, explora las opciones que tiene la persona en cuanto a realizar cambios que sean buenos para su salud.
- Refuerza su confianza a la hora de realizar determinados comportamientos. Cuando la persona te esté pidiendo ayuda para conseguir sus propios objetivos, ayúdala a reflexionar sobre sus opciones de cambio y a dar pasos realistas, ya que esto aumenta la probabilidad de que lo intente y lo consiga.
- Si ha conseguido dar un paso (p. ej., andar media hora a la semana), aumenta su confianza para que dé el siguiente paso (p. ej., andar media hora tres veces a la semana), y así sucesivamente.
- Desarrolla junto con la persona un plan de acción realista e individualizado e identificad los recursos que propicien el cambio. Asegúrate de que las acciones que acordéis sean relativamente fáciles y tengan pocas barreras.

cualquier obstáculo que pueda impedir el control óptimo de la enfermedad. Las personas son las responsables de su propio manejo. Como profesional sanitario, tienes una responsabilidad e influencia limitadas al respecto.

Tu responsabilidad es proporcionar a la persona con diabetes información precisa y clara sobre la enfermedad y sus opciones de tratamiento, especialmente a corto plazo tras el diagnóstico. La persona necesita contar con unos conocimientos básicos antes de aprender a manejar la enfermedad. El hecho de comprender la enfermedad le facilita el proceso de afrontamiento y le ayuda a dar sentido a su nueva realidad.¹⁰ Es importante que la persona con diabetes:

- esté bien informada sobre las opciones de tratamiento, la evolución de la diabetes y la gravedad de la misma;
- sepa que la enfermedad se puede manejar de manera eficaz y que no tiene por qué haber complicaciones; de hecho, mientras que «la diabetes no tratada es la principal causa de muchas complicaciones, la diabetes bien manejada no es la principal causa de nada»²⁰;
- comprenda que experimentará «altibajos» en su convivencia con la diabetes.

Así, como profesional sanitario eres el responsable de proporcionar a la persona con diabetes información actualizada y basada en la evidencia para que sea consciente de los riesgos que corre y, posteriormente, ayudarle a encontrar las estrategias más adecuadas para minimizar dichos riesgos. El **cuadro 2.5** ofrece algunas orientaciones sobre cómo apoyar a la persona en el desarrollo de sus propias estrategias para prevenir complicaciones y vivir sin problemas con la diabetes. No obstante, en la vida real existen muchas barreras para el manejo óptimo que pueden frustrar los esfuerzos de la persona a la hora de conseguir los mejores resultados o de cambiar su orientación motivacional. Como profesional sanitario, debes reconocer con empatía estas barreras ante la persona en todo momento. En caso de duda, elogia mucho, critica poco y premia tanto los resultados como el esfuerzo.

Recursos



Para profesionales

Bibliografía revisada

› “The Journey of the Person with Diabetes”

Descripción: Este capítulo explica el recorrido que realizan las personas con diabetes durante el curso de su enfermedad, incluidos los factores psicológicos, sociales y de otro tipo que pueden afectar la forma en que piensan y sienten sobre vivir con diabetes.

Fuente: Speight J. & Singh H. The Journey of the Person with Diabetes. En T. Dunning (Ed) Diabetes Education: Art, Science and Evidence. John Wiley & Sons. Oxford: 2013.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/chapter-epub/10.1002/9781118702666.ch2

› Living with diabetes: literature review and secondary analysis of qualitative data.

Descripción: Revisión en profundidad de los estudios cualitativos realizados en los últimos 25 años centrados en aspectos concretos de la experiencia de vivir con la diabetes.

Fuente: Stuckey H & Peyrot M. Diabetic Medicine. 2020;37:493-503.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14255



Para personas con diabetes



Selecciona uno o dos recursos, los que consideres más relevantes y apropiados para la persona. Proporcionar la lista más completa podría abrumar y no servir de ayuda.

Libros

› “¡Me acaban de decir que tengo diabetes! Guía para jóvenes y adultos con DM1 y en tratamiento intensivo”

Descripción: Guía con contenido educativo, pero también con vivencias experienciales en jóvenes y adultos con DM1. Capítulos sobre situaciones especiales, sexo y drogas, embarazo, viajes, días de enfermedad, fiestas, etc.

Fuente: Landajo I, Camarero M, et al. ¡Me acaban de decir que tengo diabetes! Guía para jóvenes y adultos con diabetes tipo 1 y en tratamiento intensivo. Osteba, 2010.

URL: aprendizdediabetes.es/guia-jovenes-adultos.pdf

› “Apuntes para una vida con diabetes. Los primeros días. Las primeras semanas”

Descripción: Cuaderno eminentemente práctico, orientado a jóvenes y adultos (no para niños) que acaban de ser diagnosticados o se encuentran en los primeros 6 meses de enfermedad. Con recursos para poder afrontar de la mejor forma posible el inicio de la vida con diabetes.

Fuente: Lorente, I. Apuntes para una vida con diabetes. Los primeros días. Las primeras semanas. Publicación independiente, 2022.

URL: inakilorente.com/cuadernos_descarga_1.htm

Apoyo

› Asociaciones de diabetes

Descripción: A través del sitio web de la FEDE (Federación Española de Diabetes) es posible buscar y acceder, por comunidad autónoma o por provincia, a federaciones y asociaciones de personas con diabetes. La mayoría de asociaciones ofrecen charlas/talleres, acceso a otras personas con diabetes, ayuda psicológica profesional, reuniones de grupos de apoyo, etc.

Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE)

WEB: fedesp.es/

› Apoyo entre iguales

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre las oportunidades de apoyo entre iguales. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

Información

› Adaptarse a vivir con la diabetes

Descripción: Versión española de la hoja informativa elaborada por la NDSS para personas con diabetes recién diagnosticada sobre cómo adaptarse a la vida con diabetes y sugerencias de apoyo. La hoja informativa puede descargarse del sitio web de la Sociedad Española de Diabetes (SED).

Fuente: NDSS y SED, 2023

› Beyond Type 1

Descripción: Beyond Type 1 es una organización que a través de plataformas, programas, recursos y subvenciones, está uniendo a la comunidad mundial de la diabetes. Fundada en 2015 con un enfoque en la educación, la defensa y el camino hacia la cura de la diabetes tipo 1, Beyond Type 1 tiene como objetivo cambiar lo que significa vivir con una enfermedad crónica. Disponibilidad en varios idiomas.

URL: es.beyondtype1.org/

› Beyond Type 2

Descripción: Lanzado en 2019, Beyond Type 2 es un programa de la organización sin fines de lucro Beyond Type 1. Beyond Type 2 es un lugar donde todos aquellos con diabetes Tipo 2 pueden compartir sus historias, conectar con la comunidad y encontrar recursos en distintos temas desde manejo diario hasta salud emocional.

URL: es.beyondtype2.org/acerca-de-bt2/

› Canal Diabetes

Descripción: Plataforma web sobre diabetes con gran actividad en RRSS (cuenta con canal Youtube, Twitter y Facebook). En el apartado Consejos se tratan temas de alimentación, psicología, oftalmología, deporte, etc. Además, incluye distintos testimonios y libros de autoayuda.

URL: canaldiabetes.com/

› Diabeweb

Descripción: Iniciativa con el aval de la RedGDPS que pretende garantizar el acceso a una información rigurosa y actualizada sobre diabetes. El portal ofrece una selección con las mejores webs, apps y

blogs avalados por el sello distintivo de la RedGDPS y por la supervisión de un comité científico.

URL: www.diabeweb.com/

Referencias

1. Peel E, Parry O, et al. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Education and Counseling*. 2004;53(3):269-75.
2. Beeney LJ, Bakry AA, et al. Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Education and Counseling*. 1996;29(1):109-16.
3. Wilkinson E, Randhawa G, et al. What's the worry with diabetes? Learning from the experiences of White European and South Asian people with a new diagnosis of diabetes. *Primary Care Diabetes*. 2014;8(3):181-6.
4. Clark M. *Understanding Diabetes*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2004.
5. Hörnsten Å, Sandström H, et al. Personal understandings of illness among people with Type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(2):174-82.
6. Ockleford E, Shaw RL, et al. Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. *Chronic Illness*. 2008;4(1):28-37.
7. American Diabetes Association (ADA). *Understanding diabetes and mental health*; 2020 [citado 3 Marzo 2020]. Disponible en: diabetes.org/diabetes/mental-health.
8. Gillibrand W, Flynn M. Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34(4):501-10.
9. Nicolucci A, Kovacs Burns K, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30(7):767-77.

10. Kneck Å, Klang B, et al. Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;25(3):558-66.
11. Capehorn M, Polonsky WH, et al. Challenges faced by physicians when discussing the Type 2 diabetes diagnosis with patients: insights from a cross-national study (IntroDia®). *Diabetic Medicine*. 2017;34(8):1100-7.
12. Davies M. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine*. 2014;43(1):57-9.
13. Coyle ME, Francis K, et al. Self-management activities in diabetes care: a systematic review. *Australian Health Review*. 2013;37(4):513-22.
14. Boran SA. Self-care behaviours: systematic reviews. *The Diabetes Educator*. 2007;33(6):866-71.
15. Peyrot M, Rubin RR, et al. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetic Medicine*. 2005;22(10):1379-85.
16. Hinder S, Greenhalgh T. "This does my head in". Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Services Research*. 2012;12:83.
17. Polonsky WH. Diabetes burnout: what to do when you can't take it anymore. American Diabetes Association; 1999.
18. Diabetogenic: real life with diabetes. Dear doctor; 2015 [citado 7 Marzo 2016]. Disponible en: diabetogenic.blog/2015/08/07/dear-doctor/.
19. Baile WF, Buckman R, et al. SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
20. Polonsky WH. Engaging the Disengaged Patient. National Diabetes Education Program Webinar Series; 2015 [citado 10 Mayo 2016]. Disponible en: www.niddk.nih.gov/health-information/professionals/diabetes-discoveries-practice/engaging-disengaged-patient.
21. Lawson VL, Bundy C, et al. The development of personal models of diabetes in the first 2 years after diagnosis: a prospective longitudinal study. *Diabetic Medicine*. 2008;25(4):482-490.



Capítulo 3

Distrés por la diabetes



Mensajes clave

- El distrés por la diabetes es el distrés emocional derivado de vivir con diabetes y por la constante carga del autocuidado diario.
- En nuestro país más de la mitad de las personas con diabetes, tratadas con insulina, y un tercio de las personas con diabetes tipo 2, no tratadas con insulina, presentan niveles altos de distrés por la diabetes.
- Un mayor nivel de distrés por la diabetes está asociado a un autocuidado inadecuado de la enfermedad, a niveles subóptimos de HbA1c y al deterioro del bienestar emocional general.
- El distrés por la diabetes es más común que la depresión, pero a veces se confunden.
- La escala Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID, por sus siglas en inglés) sirve para identificar el distrés por la diabetes y para orientar las conversaciones que tienen que ver con él.
- Aunque un mayor nivel de distrés por la diabetes suele ir asociado a niveles de HbA1c más elevados, un nivel de HbA1c óptimo no tiene por qué significar que exista un bajo nivel de distrés por la diabetes.



Puntos a tener en cuenta

- Dado que el distrés por la diabetes es relativamente frecuente y también afecta al autocuidado, es importante que a la persona se le dé la oportunidad de expresar sus emociones respecto a la enfermedad, en cada consulta.
- Ten siempre en cuenta que algunas opciones de tratamiento podrían aumentar la carga del autocuidado de la diabetes y, por tanto, la probabilidad de sufrir distrés por la enfermedad.
- Acuerda con la persona el orden del día de la consulta: habla con ella de cuáles serán vuestras prioridades hoy, y acordad cuánto tiempo se le va a dedicar a cada tema.

¿Es muy frecuente el distrés por la diabetes?

Diabetes tipo 1^{a,1}Diabetes tipo 2 (con insulina)^{b,2}Diabetes tipo 2 (sin insulina)^{a,2}

¿En qué consiste el distrés por la diabetes?

El distrés por la diabetes (también conocido como distrés específico de la diabetes o distrés relacionado con la diabetes) es la respuesta emocional a la diabetes, la constante carga del autocuidado diario y las (posibles) complicaciones a largo plazo.³ También puede surgir por el impacto social de la diabetes (p. ej., el estigma, la discriminación o el hecho de tener que lidiar con reacciones inadecuadas o la incompreensión de los demás)⁴ y las consecuencias económicas.⁵

1. El distrés por la diabetes se da en un rango continuo que viene definido por su contenido y su gravedad.⁵ En mayor o menor medida, este distrés emocional se debe al hecho de tener que vivir con la enfermedad y su manejo, y puede fluctuar con el tiempo, alcanzando su punto álgido en períodos difíciles, p. ej., poco después de recibir el diagnóstico, durante cambios importantes en el régimen de tratamiento o al recibir el diagnóstico (o agravamiento) de una complicación a largo plazo. También puede alcanzar un punto crítico en momentos de mayor estrés general, cuando la carga añadida del autocuidado de la diabetes resulta excesiva.⁶ El distrés por la diabetes puede ser más o menos estable o cambiar con el tiempo en función de su origen.⁷ Si no se trata, el distrés leve puede convertirse en grave y/o en un cuadro depresivo (ver [capítulo 6](#)).⁷

Es difícil vivir con la diabetes. Los puntos problemáticos que más comentan las personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 suelen ser «la preocupación por el futuro y las posibles complicaciones graves» y «los sentimientos de culpabilidad o ansiedad cuando salen de su plan para el manejo de la diabetes».^{8,9} Aunque hay estresores comunes a todos los tipos de diabetes, el

distrés puede variar según el tipo de diabetes (p. ej., en la diabetes tipo 1 suele estar más relacionada con el tratamiento con insulina y la hipo/hiperglucemia, mientras que la diabetes tipo 2 suele tener más que ver con las consecuencias sociales, las restricciones alimentarias y la obesidad).¹⁰

No se debe subestimar el alcance de estos sentimientos relacionados con la diabetes. El manejo de la diabetes es una actividad «24/7» que exige la toma continua de decisiones y acciones con resultados a menudo inesperados e insatisfactorios. Hacerlo todo «según las recomendaciones» no es garantía de que los niveles de glucosa en sangre vayan a mantenerse estables. Hacer hoy exactamente las mismas cosas que hiciste ayer puede dar resultados muy distintos, causando frustración. La acumulación de estos problemas y frustraciones puede producir «el síndrome de *burnout* por la diabetes» (ver [cuadro 3.1](#)) y que la persona se desentienda del cuidado de la enfermedad.

El distrés por la diabetes conlleva síntomas emocionales que se solapan con varios trastornos de salud mental reconocidos, como la depresión (ver [capítulo 6](#) y [cuadro 6.2](#)).⁵ A pesar de sus similitudes, la depresión y el distrés por la diabetes son constructos diferentes y requieren distintas estrategias de evaluación y manejo.

A diferencia de la depresión mayor, el distrés por la diabetes no implica psicopatología. Es una reacción previsible ante la diabetes. Sin embargo, la depresión hace referencia a cómo se sienten las personas con respecto a su vida en general.³

Un mayor nivel de distrés por la diabetes se asocia a

^a El 64 % presentaron niveles altos de distrés relacionado con la diabetes (puntuación total en el PAID \geq 40).

^b El 55 % y el 35 %, respectivamente, presentaron niveles altos de distrés relacionado con la diabetes (puntuación total en el PAID-5 \geq 40).

resultados médicos y psicológicos adversos, entre los que destacan:

- un autocuidado subóptimo (p. ej., menos actividad física, una alimentación menos saludable, no tomar la medicación tal y como se recomienda o un menor número de controles de glucosa en sangre)¹⁰⁻¹³
- niveles elevados de HbA1c¹⁴⁻¹⁸
- una mayor frecuencia de hipoglucemias graves^{10,19}
- deterioro de la calidad de vida.^{11,20}

Cuadro 3.1: *Burnout* por la diabetes

El síndrome de *burnout* (estar quemado) por la diabetes es un estado de agotamiento físico o emocional provocado por un distrés continuo por la diabetes (y por intentar manejarla).²¹ Las personas con diabetes lo describen como un sentimiento de apatía respecto al cuidado de la diabetes, combinado con una sensación de «impotencia». ²¹ Normalmente, la persona siente que, a pesar de todo el esfuerzo, sus niveles de glucosa en sangre son impredecibles y decepcionantes.

Las personas que padecen *burnout* por la diabetes ya «ni se preocupan» por intentar manejar continuamente la enfermedad, un estado de ánimo que puede ser pasajero o permanente. A veces, los sanitarios tildan a estas personas de «difíciles», «incumplidoras» o «desmotivadas» (puedes ver más sobre la utilización del lenguaje en el [capítulo 1](#)) cuando en realidad están luchando por manejar sin descanso una enfermedad que dura toda la vida. Estos son algunos signos del *burnout* por la diabetes:

- desentenderse de las tareas de autocuidado (p. ej., saltarse las dosis de insulina, pastillas o los controles de glucosa en sangre),
- comer sin control o tomar alimentos poco saludables,
- tener comportamientos de riesgo,
- no asistir a las consultas.

Las personas que padecen *burnout* por la diabetes comprenden lo importante que es el buen manejo de la diabetes, para su salud en el futuro, pero se sienten incapaces de implicarse en él. Cuando estas personas acuden a la consulta, no suelen estar abiertas a los consejos que les puedas dar para que cambien de comportamiento: «*Eso ya lo he intentado y no funciona*», «*Ya no me pincho el dedo porque de todas formas sé que voy a tener los niveles de azúcar en sangre demasiado altos*».

Desentenderse así del autocuidado puede aumentar su miedo a desarrollar complicaciones, a largo plazo, así como aumentar su sensación de impotencia. Como comenta el Dr. William Polonsky, psicólogo: «*están en guerra con su diabetes... y la están perdiendo*».*²¹

El *burnout* por la diabetes puede darse junto con la depresión (ver [capítulo 6](#)), la ansiedad (ver [capítulo 7](#)) y un estado de ánimo negativo. A diferencia del distrés por la diabetes, muy pocas investigaciones se han centrado en el *burnout* por la diabetes.^{22,23}

La mejor manera de prevenir el *burnout* por la diabetes es haciendo un seguimiento rutinario del distrés por la diabetes. Así podrás ofrecer tu ayuda a tiempo para abordar los problemas que vayan surgiendo.

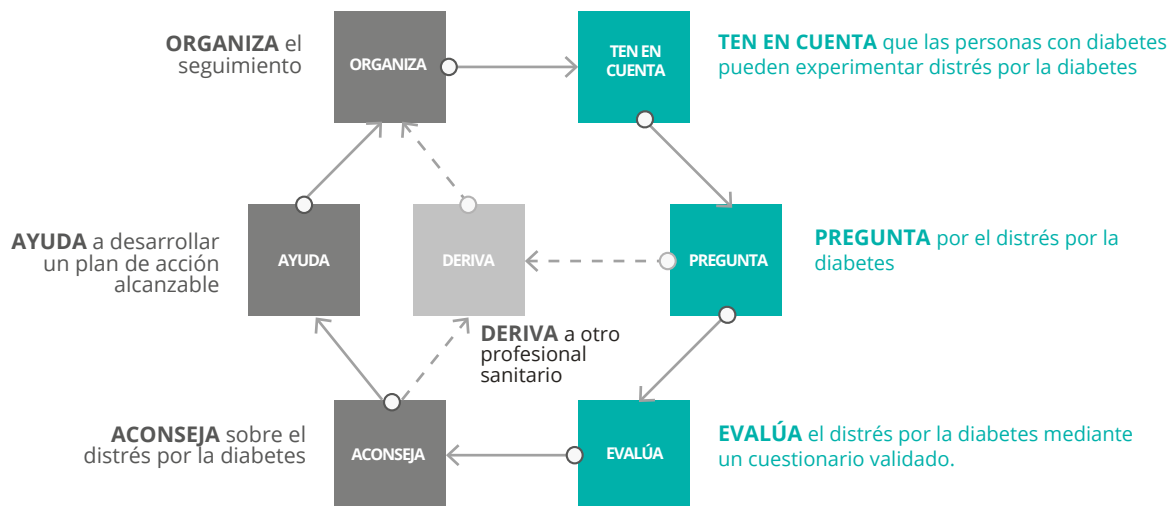
* El libro del Dr. W. H. Polonsky *Diabetes Burnout: What To Do When You Can't Take It Anymore* («Burnout por la diabetes: qué hacer cuando ya no aguantas más») es un recurso útil para las personas con diabetes, pero también para los profesionales en diabetes, ya que ofrece una visión realista y clara de lo que es el *burnout* por la diabetes y cómo se puede tratar.

El modelo de los “7 PASOS”: distrés por la diabetes

Este modelo dinámico propone un proceso de 7 pasos que se puede aplicar en la práctica clínica. El modelo consta de dos fases:

- ¿Cómo identifico el distrés por la diabetes?
- ¿Cómo puedo apoyar a una persona que sufre distrés por la diabetes?

Aplica el modelo de manera flexible dentro de un enfoque asistencial centrado en la persona. Puedes acceder a un resumen del modelo de los 7 pasos en el apartado “Cómo utilizar esta guía práctica y las herramientas”.



¿Cómo identifico el distrés por la diabetes?

■ TEN EN CUENTA

El distrés por la diabetes se puede presentar de muchas maneras. Estos son algunos de los signos frecuentes a los que hay que prestar atención:

- la persona tiene niveles subóptimos de HbA1c, de tiempo en rango o niveles inestables de glucosa en sangre;
- no acude a las citas clínicas;
- se implica menos en las tareas de autocuidado de la diabetes (p. ej., realiza menos controles de glucosa en sangre o se salta algunas dosis de la medicación);
- aplica estrategias de afrontamiento ineficaces para lidiar con el estrés (p. ej., alimentación emocional)
- le afectan múltiples estresores vitales negativos o sufre estrés crónico no relacionado con la diabetes (p. ej., problemas económicos, de vivienda, desempleo);

- las relaciones con los profesionales sanitarios, su pareja, su familia o sus amigos se han deteriorado;
- se muestra como una persona pasiva o agresiva durante las consultas.



Puede que los niveles de HbA1c o de glucosa en sangre de la persona estén dentro de los objetivos, pero eso no significa que no esté sufriendo distrés por la diabetes. Quizás, alcanzar esos objetivos le suponga un esfuerzo tan grande que esté afectando a otras facetas de su vida (p. ej., actividades sociales, calidad de vida) y, por tanto, sea insostenible. Ten en cuenta que recomendarle cambios en el manejo de la diabetes (p. ej., que realice controles de glucosa en sangre con más frecuencia) puede aumentar la carga de la diabetes y, por tanto, su distrés por la enfermedad.

■ PREGUNTA

En el marco de tu consulta, centrada en la persona, es aconsejable que le preguntes de manera rutinaria sobre el distrés por la diabetes para explorar la repercusión que está teniendo la diabetes en su vida diaria y en su bienestar.

Formúlele preguntas abiertas. Puedes introducirlas con algún comentario con el que reconozcas los desafíos diarios que plantea la enfermedad, como, p. ej., «A muchas de las personas a las que atiendo les resulta muy difícil vivir con la diabetes». Estas afirmaciones «normalizan» el distrés por la diabetes.

Hay muchas formas de preguntar por el distrés por la diabetes. Elige el enfoque que te resulte más cómodo y que mejor se adapte a la persona con diabetes. Aquí tienes algunos ejemplos de preguntas abiertas:

- «¿Qué es lo que le resulta más difícil de vivir con la enfermedad?»²⁴
- «¿Qué aspectos de la diabetes son los que más le preocupan a usted?»²⁴
- «¿De qué manera se interpone la diabetes en otros aspectos de su vida?»

Estas preguntas le dan a la persona la oportunidad de:

- mencionar cualquier dificultad (emocional, conductual o social) a la que se esté enfrentando
- y expresar el modo en que determinados problemas relacionados con la diabetes le causan distrés e interfieren en su autocuidado y/o en su vida en general.

Aquí tienes algunos ejemplos de cómo seguir la conversación: «Parece que está pasando por un momento difícil con la diabetes. Los problemas que me comenta son bastante corrientes y, como usted misma dice, suelen afectar mucho a la forma en que se siente y maneja la diabetes. Si quiere, podemos dedicar algo de tiempo a hablar de lo que ambos podemos hacer para disminuir su distrés. ¿Qué le parece?»

Otras consideraciones

- Es posible que la persona no espere que se le pregunte por sus emociones durante una consulta diabética. Un signo de distrés por la diabetes puede ser el hecho de que haya una clara falta de sintonía entre vosotros. P. ej., es posible que no esté prestando atención a lo que le digas o que rechace tus sugerencias sobre posibles cambios en el plan de manejo

de la diabetes o en su estilo de vida. Presta también atención a si suele faltar o si no acude a sus citas.

- Las personas con diabetes pueden no ser conscientes de su distrés por la diabetes y pueden interpretarlo como depresión.
- El distrés por la diabetes fluctúa con el tiempo. Puede que hoy la persona no tenga distrés por la diabetes, pero quizá sí la próxima vez que la atiendas. Sus circunstancias vitales pueden cambiar rápidamente, y los estresores (relacionados o no con la diabetes) pueden alterar los niveles de glucosa en sangre o los comportamientos de autocuidado, agravando su distrés por la diabetes. Por ello, es siempre conveniente preguntarle a la persona cómo está llevando la enfermedad, en cada consulta.

Si la persona manifiesta que está preocupada o siente distrés por la diabetes, es posible que quieras profundizar en ello (ver **EVALÚA**). Emplear un cuestionario validado os ayudará a ambos a comprender mejor los problemas concretos a los que se enfrenta la persona y, lo que es más importante, también te dará un punto de referencia desde el que realizar un seguimiento de su distrés a lo largo del tiempo.

No obstante, debes emplear un cuestionario únicamente si se dispone de tiempo durante la consulta para hablar de sus respuestas y analizar con la persona lo que habría que hacer para abordar los «problemas» detectados. Consulta el [capítulo 1](#) (Comunicación y Compromiso) para obtener más información sobre el uso de cuestionarios en la práctica clínica.

■ EVALÚA

Cuestionario validado

El cuestionario Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID, por sus siglas en inglés) consta de 20 ítems y se utiliza habitualmente para evaluar el distrés por la diabetes.^{25,26} La versión en español del PAID se incluye en la guía práctica de cuestionarios y escalas disponible en el sitio web de la SED (www.sediabetes.org). Cada ítem se mide en una escala de cinco puntos que va de 0 (ningún problema) a 4 (un problema grave). Para obtener la puntuación total (sobre 100), se suma la puntuación de cada ítem y se multiplica por 1,²⁵; una puntuación total de 40 o más indica un nivel grave de distrés.8 Además de la puntuación total, una puntuación individual de 3 o más en un ítem, indica un «área problemática» o preocupante, y debería explorarse más a fondo conversando con la persona.

Para realizar un seguimiento, después de rellenar el PAID, podrías preguntarle lo siguiente:

- «¿Cómo se ha sentido usted al responder a estas preguntas?»
- «¿Hay algo en sus resultados que le llame la atención?»

Otro cuestionario muy utilizado para evaluar el distrés por la diabetes es la Escala de Distrés por la Diabetes (DDS, por sus siglas en inglés), que consta de 17 ítems.²⁷ En EEUU y Canadá se ha validado una nueva versión del DDS diseñada específicamente para personas con diabetes tipo 1 (el T1-DDS).²⁸



No todos los estresores que pudieran provocar distrés por la diabetes se abordan en los cuestionarios validados disponibles, por lo que se recomienda explorarlos mediante preguntas abiertas (ver PREGUNTA) para identificar otras causas de distrés por la enfermedad.

Otras consideraciones

No tiene distrés por la diabetes. ¿Entonces?

- Si sus respuestas al cuestionario no muestran la presencia de distrés por la diabetes, es posible que se deba a que la persona sea reacia a hablar

abiertamente de su distrés o que se sienta incómoda por tener que confesarle que no lleva la diabetes «al día».

- Así, una puntuación muy baja no tiene por qué significar que la persona no esté experimentando distrés por la diabetes. Puede ser que todavía no esté preparada para compartir esa experiencia contigo. Quizá necesite tiempo para exteriorizar sus preocupaciones y problemas relacionados con la diabetes, o quizá se sienta más cómoda hablándolo con otra persona. Reconocer ante ella que muchas personas experimentan dificultades y distrés en el manejo diario de su enfermedad puede ser una forma de mostrarle que la apoyas y que estás abierto a hablar de sus preocupaciones; así quizá se muestre dispuesta a hablarlo en futuras consultas.
- Si no se trata de distrés por la diabetes, baraja otros problemas psicológicos, como, p. ej., depresión (ver [capítulo 6](#)), ansiedad (ver [capítulo 7](#)) o distrés psicológico general. El empleo de un cuestionario de distrés psicológico general (como el Kessler-10)^{29,30} podría arrojar luz en estos casos, ya que la persona podría estar experimentando otros estresores vitales que le estén causando distrés general y estén afectando a su manejo de la diabetes y a sus resultados. Explicar y normalizar el distrés por la diabetes es el primer paso para abordarlo (ver **ACONSEJA**).



¿Cómo puedo apoyar a una persona que sufre distrés por la diabetes?

■ ACONSEJA

Ahora que ya has identificado el motivo del distrés por la diabetes que sufre la persona, puedes aconsejarle sobre los siguientes pasos que puede dar y, después, acordar un plan de acción.

Si empleas el PAID, las puntuaciones de los ítems individuales te ofrecen una primera pista del principal problema (o problemas), o de las preocupaciones de la persona, y te ayudarán a orientar la conversación.

Explícale qué es el distrés por la diabetes y dile que muchas personas con diabetes también lo sufren:

- Explícale los signos y las consecuencias del distrés por la diabetes (p. ej., las repercusiones que tiene para el manejo diario de la enfermedad y para su bienestar).
- Reconócele el gran esfuerzo que hace a diario para manejar la diabetes: este hecho, por sí solo, puede reducir su distrés.
- «Normaliza» las emociones negativas sobre la diabetes.
- Si la persona se echa la culpa (p. ej. dice «Soy un inútil» o «Nunca lo hago bien»), explícale que los resultados de la diabetes no son un reflejo de

su persona; la diabetes no tiene nada que ver con ser «bueno» o «malo» ni con «un fracaso» (puedes ver más sobre la utilización del lenguaje en el [capítulo 1](#) de este mismo manual). En su lugar, recuérdale que la diabetes puede ser una enfermedad difícil de manejar, por lo que centrarse en lo que está haciendo bien, a pesar de que los resultados no sean ideales, a veces es suficiente.

Siguiente paso: ¿AYUDA o DERIVA?

- Las personas con diabetes que tienen problemas psicológicos suelen preferir hablar del tema con sus profesionales sanitarios especializados en diabetes o con su médico de familia (MF), en lugar de con un especialista en salud mental.³¹
- Dado que el distrés por la diabetes es tan frecuente y está tan interrelacionado con el manejo de la diabetes,⁵ es mejor que lo aborde un profesional sanitario especializado en diabetes (o MF si es el profesional de salud principal).
- Si tienes la capacidad y la confianza necesarias, tú mismo puedes brindarle tu apoyo; por algo habrá confiado en ti.
- Mantener la continuidad de los cuidados y una relación de colaboración con un profesional sanitario de confianza es importante en este proceso.
- Habrá ocasiones en las que tendrás que derivar a la persona a otro profesional sanitario. Esto dependerá de:
 - las necesidades y preferencias de la persona con diabetes;
 - tus conocimientos, capacidades y confianza para abordar el área o áreas problemáticas;
 - la gravedad del distrés por la diabetes y el/los problemas concretos que se hayan detectado;
 - cuando el distrés va acompañado de otros estresores vitales importantes;
 - en caso de existir otros problemas psicológicos, como la depresión (ver [capítulo 6](#)) o la ansiedad (ver [capítulo 7](#));
 - tu ámbito de actuación y si dispones del tiempo y los recursos necesarios para ofrecer un nivel de apoyo adecuado.
- Si crees que es necesario derivar a la persona a otro profesional sanitario:
 - explícale porqué (p. ej., qué puede ofrecerle el otro profesional sanitario que tú no puedes)
 - pregúntale qué le parece lo que le propones
 - habla con ella de lo que le gustaría conseguir para decidir a qué profesional se le derivará.

- Dale a la persona la posibilidad de preguntar sobre lo que acabáis de hablar.
- Realizad un plan conjunto sobre los siguientes pasos (p. ej., qué objetivos se han de conseguir para reducir el distrés por la diabetes y el apoyo que pueda necesitar para ello).

■ AYUDA

Explora cuál sería el tipo de apoyo más adecuado para la persona, p. ej., ofrecerle educación sobre la diabetes, revisar su plan de manejo de la enfermedad, asesorarle respecto a posibles cambios en su estilo de vida, darle apoyo emocional o social, o una combinación de todos o algunos de ellos.

En el [anexo B](#) se recogen estrategias prácticas para ayudar a personas que sufren distrés por la diabetes. Estas estrategias se basan en experiencia, conocimiento y evidencia clínica.³²⁻³⁴ No todas son adecuadas para todo el mundo, por lo que tendrás que trabajarlas con la persona para desarrollar un plan de acción que satisfaga sus preocupaciones, necesidades y preferencias concretas.

Para ello, viene bien analizar con ella las respuestas que dio en el PAID (ver [EVALÚA](#)). En el caso de que se detecten varios estresores, prioriza los que le resulten más importantes o molestos.

Puedes formularle preguntas que sirvan de base para el plan de acción, como, p. ej.:

- *«Parece que le están costando mucho algunos aspectos del cuidado de su diabetes. ¿De cuál de ellos le gustaría que habláramos hoy?»*
- *«Ha dicho que se siente enfadado y culpable cuando piensa en su diabetes. ¿Podría decirme qué es exactamente lo que le hace sentir así?»*. Averigua si lo que le hace sentir así son las tareas relacionadas con el manejo de la enfermedad, los resultados de la diabetes (p. ej., niveles altos de glucosa en sangre) o si está más relacionado con las repercusiones de la diabetes en otros aspectos de su vida (p. ej., la sensación de no ser «un buen padre» o «una buena madre» por culpa de la diabetes, o es más bien un tema relacionado en cómo la enfermedad interfiere en su trabajo o en su vida social).
- *«Me ha comentado que le preocupa que surjan*

complicaciones. *¿Podría contarme un poco más sobre lo que le preocupa?»*. Su respuesta te ayudará a detectar preocupaciones que sean poco realistas para poder ofrecerle información personalizada sobre su riesgo real y las posibles medidas preventivas. Te permitirá comprender mejor sus preocupaciones concretas, p. ej., si tienen que ver con el riesgo de deterioro de la visión, problemas en los pies u otras complicaciones. Muchas personas con diabetes sobrestiman el riesgo que tienen de padecer complicaciones y se sienten impotentes a la hora de prevenirlas, lo cual les genera bastante distrés y puede hacer que se desentiendan de su autocuidado.

- *«Según sus respuestas en el PAID, se siente apoyado en algunos aspectos del manejo de su diabetes, pero no en otros, ¿no? ¿Me puede dar un ejemplo?»*
- *«Siente que ni su pareja ni su familia/amigos le apoyan. ¿Así es como se siente en general?»*

Otras consideraciones

- **Reflexiona sobre los aspectos que van bien, para compensar los «problemas».** Muchas de nuestras conversaciones se centran en problemas y en cómo resolverlos. Sin embargo, es igual de importante analizar lo que va bien; en otras palabras, ¿en qué aspectos del manejo de la diabetes se siente segura la persona? Así, se pondrán de manifiesto sus puntos fuertes y sus habilidades, que podrían ponerse en práctica para resolver sus problemas actuales.
- **Consensua las prioridades de la consulta.** Acuerda con la persona el tiempo que le dedicaréis a hablar de sus preocupaciones y de los temas que ambos queréis tratar hoy. En la práctica, las prioridades de ambos se suelen solapar mucho, pero es importante no darlo por sentado. Si no hay tiempo suficiente para abarcarlo todo, proponle tener otra consulta de seguimiento.
- **Plantéate la posibilidad de que las personas con diabetes puedan tomarse descansos de su tratamiento habitual de la diabetes de forma segura y planificada** (ver cuadro 3.2).
- **Si el distrés por la diabetes persiste, quizá haya que aplicar un abordaje más intensivo.** Aunque el distrés por la diabetes se aborda mejor durante la consulta habitual, cuando no haya mejoría puede ser necesario:

Cuadro 3.2: Tomarse un descanso de la diabetes de forma segura

No es realista pretender que las personas con diabetes vigilen de cerca su salud las 24 horas del día, los 365 días del año. Como se indica en esta guía práctica, la falta de motivación debida al distrés por la diabetes y/o a la depresión puede tener graves consecuencias para la salud de la persona.

Las personas que se sienten así, se van a tomar descansos del manejo activo de la diabetes con tu aprobación o sin ella. Darles la libertad de tomarse esas pequeñas pausas de vez en cuando aumentará la probabilidad de que mantenga la motivación y cuide bien de su salud a largo plazo.

¿Por dónde empiezo?

Trabaja con la persona para satisfacer sus necesidades. Recuerda ponerte en su lugar y piensa en cómo te sentirías tú si tuvieras que manejar la diabetes las 24 horas del día. Por ejemplo, si a la persona le cuesta controlarse la glucosa en sangre varias veces al día, plantéate reducirle durante un tiempo el número de controles que tenga que hacerse. Mientras tanto, trabaja con ella sus preocupaciones (p. ej., asesorándola y apoyándola o fijando objetivos). No importa el problema al que se esté enfrentando: lo importante es que siempre le des apoyo y ánimos. Así eliminas sus posibles sentimientos de culpa por no manejar la diabetes «a la perfección». Recuérdale que comprendes que el manejo de la diabetes es un trabajo a tiempo completo y que todo el mundo necesita un descanso de vez en cuando.

- estudiar la posibilidad de derivar a la persona a un profesional especializado en salud mental
- o determinar si existen problemas psicológicos adicionales o subyacentes, como, p. ej., depresión (ver [capítulo 6](#)) o ansiedad (ver [capítulo 7](#)).

■ DERIVA

Si decides derivar a la persona, considera:

- un profesional sanitario especializado en diabetes (p. ej., especialista en endocrinología o nutricionista) para apoyar y tratar las dificultades en el manejo de la diabetes, o
- un profesional especializado en salud mental (p.

ej., de la psicología o psiquiatría, preferiblemente con conocimientos de diabetes), para el manejo del estrés o, en caso de que el distrés por la diabetes esté provocado por otros problemas emocionales, como la depresión (ver [capítulo 6](#)) o la ansiedad (ver [capítulo 7](#)) o alguna psicopatología más compleja.



Para algunas personas, una intervención psicológica intensiva puede ser la mejor opción para reducir el distrés grave por la diabetes. La terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y la terapia breve centrada en soluciones, se han aplicado con éxito en la diabetes.

Consulta el [capítulo 9](#) para orientarte sobre cómo preparar las derivaciones de salud mental y qué decirle a la persona con diabetes sobre los motivos por los que la derivas.



Si derivas a la persona a otro profesional sanitario, es importante:

- › que sigas viéndola después de haberla derivado para que tenga la seguridad de que sigues implicado en la continuidad de sus cuidados y
- › que estés en contacto permanente con el profesional sanitario al que le has derivado para garantizar un enfoque coordinado.

■ ORGANIZA

En función del plan de acción y de si se necesita más apoyo, quizá sea necesario alargar las consultas o realizar un seguimiento más frecuente (p. ej., una vez al mes) hasta que la persona se sienta más capacitada o más fuerte emocionalmente. Anímalas a concertar una cita de seguimiento contigo en el plazo que acordéis. Además de las citas presenciales, las llamadas telefónicas o las videoconferencias pueden ser una forma práctica y útil de ofrecerle tu apoyo.

Haz un seguimiento estrecho de las personas que hayas detectado que sufren distrés por la diabetes para poder evaluar su nivel de distrés y los posibles cambios en el tiempo. La ventaja de usar la escala PAID de forma rutinaria es que este seguimiento sistemático te permitirá comparar las puntuaciones a lo largo del tiempo. De este modo, podrás actuar

proactivamente ante la detección de los primeros signos o una recaída.

En la cita de seguimiento, formula preguntas abiertas para conocer la evolución de la persona; p. ej.:

› «La última vez, hablamos de que usted se sentía abrumado por todas las tareas que tiene que hacer para manejar la diabetes. Acordamos hacer un par de cambios en su estilo de vida y en su forma de manejar la enfermedad. ¿Qué tal le ha ido?». P. ej., averigua qué cosas han funcionado, qué obstáculos ha habido, sus preocupaciones y si es necesario modificar el plan de acción.

› «La última vez quedamos en que concertaría una cita con su educador en diabetes para que le ayudara a [corregir sus niveles de glucosa en sangre]. Se sentía frustrado por [unos valores tan altos]». A continuación, podrías formular las siguientes preguntas:

- «¿Le ha servido [tal cosa]?». Si es así, «¿Para qué le ha servido?». Si no es así, «¿Qué cree que tendría que suceder para que le sirviera?»
- «¿Qué cambios ha realizado?»
- «¿Qué cambios (no) le han servido?»
- «¿Qué piensa ahora de [sus niveles de glucosa en sangre]?»
- «¿Le gustaría seguir realizando [estos cambios]?». Indaga en su respuesta.
- «¿Qué piensa de [estos cambios]?»



ESTUDIO DE CASO

ISABEL

Mujer de 62 años. Vive con su marido.

Tiene diabetes tipo 2 desde hace 10 años; sobrepeso. Toma medicamentos orales para la diabetes, la presión arterial y el colesterol elevados.

Profesional sanitario: Andrés Costa (médico de familia).

■ TEN EN CUENTA

Andrés está informado de que es recomendable evaluar el distrés por la diabetes en personas con diabetes tipo 2, por lo que invita a Isabel a cumplimentar el PAID mientras está esperando para entrar en su consulta.

■ PREGUNTA y ■ EVALÚA

Cuando Isabel le entrega el cuestionario PAID cumplimentado, Andrés se da cuenta inmediatamente de que 12 de los 20 ítems tienen puntuaciones de tres y cuatro. Es evidente que Isabel siente un profundo distrés por la diabetes. Andrés la conoce desde hace mucho tiempo y sabe que ha tenido algunas dificultades para manejar la enfermedad, pero no se había dado cuenta hasta ahora de que estaba pasándolo tan mal. Sus resultados médicos habían estado mejorando.

Le da las gracias a Isabel por rellenar el cuestionario y le pregunta: «¿Qué tal le ha ido con las preguntas del cuestionario?». Isabel le responde: «Bueno, no tiene buena pinta, ¿verdad? Estoy muy enfadada, pero siento muy bien expresar lo que realmente pienso sobre la diabetes». Andrés le propone que, antes de tomarle la tensión arterial y revisar los resultados de sus últimos análisis, miren sus respuestas al cuestionario, a lo que Isabel accede.

Las altas puntuaciones del PAID están relacionadas sobre todo con el impacto emocional de vivir con la diabetes y las dificultades para manejarla. Isabel le confirma que, efectivamente, estos son los problemas más importantes a los que se está enfrentando actualmente. Andrés le pide que le cuente un poco más sobre esas dificultades, a lo que Isabel responde: «Me resulta muy difícil controlar lo que como, tomarme todas esas pastillas cada día y sacar al perro a pasear por la mañana. Casi siempre consigo hacerlo todo, ¡pero me

cuesta muchísimo! No sé cuánto tiempo podré aguantar así. A veces me pregunto cómo me las apañó para salir de la cama, desayunar, pasear al perro e ir a trabajar. Por la noche me digo a mí misma “Otro día que he podido superar”. No puedo mantener limpia la casa, ¡y es un horror! Me siento culpable cuando tengo la casa hecha un desastre, pero es que, de verdad, que estoy cansadísima».

■ ACONSEJA

Andrés reflexiona sobre las dificultades que atraviesa Isabel: «Parece que está abrumada por todas las cosas que tiene que hacer cada día cuando tampoco tiene mucha energía, pero, a pesar de todo, sigue adelante». Le pregunta: «¿Hay algo que le ayude a seguir adelante en estos momentos?». Isabel le dice que su marido y sus amigos le apoyan mucho, y que tener a sus nietos cerca también le hace sentir mejor.

Andrés reconoce los continuos esfuerzos de Isabel por cuidar su salud, a pesar de no encontrarse muy bien últimamente. Le pregunta por el tipo de apoyo que le ayudaría a reducir su distrés por la diabetes. No responde directamente, sino que continúa su relato: su vida no ha sido la misma desde que le diagnosticaron diabetes. Siente que la enfermedad «controla» su vida. Cree que tiene diabetes debido a su sobrepeso, y ahora quiere compensar «no haber comido sano» cuando le diagnosticaron la enfermedad, pero siente que su «dieta» es un «fracaso» constante.

Andrés le tranquiliza diciéndole que no es culpa suya que haya desarrollado diabetes, ya que el sobrepeso es solo uno de los múltiples factores por los que puede darse la diabetes tipo 2. Isabel tiene otros familiares con diabetes tipo 2, así que es probable que exista un factor genético, pero nadie puede decir con exactitud cómo surgió su enfermedad. Andrés le sugiere que, en lugar de culparse por la diabetes, lo más importante

es que se centre en manejarla mejor. Ella le dice que no lo había visto así, y que puede que tenga razón. Andrés resume los diferentes problemas que Isabel le ha expuesto y también menciona el apoyo que recibe de su marido. Andrés le pregunta cuál de las dificultades que ha señalado le gustaría abordar primero, y ella le dice que lo que más le preocupa es que no come de forma saludable y que le gustaría ser un poco más activa; si su marido le acompaña, le podría animar a dar más paseos. Hablan de cómo podría planteárselo a su marido.

■ DERIVA

Andrés le pregunta si le gustaría hablar con su educador para que le ayude a encontrar un régimen de comidas más factible y sostenible: un cambio hacia un estilo de vida más saludable, en lugar de una «dieta». A Isabel le gustaría intentarlo.

■ ORGANIZA

Isabel se siente comprendida por Andrés, la conversación le ha ayudado a sentirse un poco menos estresada por la diabetes. Le gusta mucho el plan que han elaborado y se va a poner en contacto con su educador. Andrés le sugiere que vuelvan a reunirse dentro de un mes para ver qué tal le va con los paseos y en la consulta educacional. También le pregunta si le parecería bien rellenar el PAID en una futura cita para ver si ha disminuido su distrés por la diabetes. Ella le dice que no tendría ningún problema en hacerlo, pero no demasiado pronto, porque primero le gustaría tener suficiente tiempo para realizar los cambios de los que han hablado. Acuerdan repetir el PAID en un par de meses.

Continúan con la consulta; Andrés le toma la tensión y comentan sus recientes controles de HbA1c y colesterol.



ESTUDIO DE CASO

Juan

Hombre de 31 años; vive con su pareja y su hija; desempleado.

Diabetes tipo 1 desde hace 8 años que maneja con una bomba de insulina desde hace 3.

Profesional sanitario: Sara Jiménez
(enfermera de práctica avanzada en diabetes)

■ TEN EN CUENTA

El personal de la unidad de diabetes a la que acude Juan está poniendo a prueba la monitorización o seguimiento del distrés por la diabetes como parte de su asistencia habitual. Les está solicitando a todas las personas con diabetes que rellenen el cuestionario Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) mientras están esperando a ser atendidas. Invitan a Juan a rellenar el cuestionario y le indican que repasarán sus respuestas con él durante la consulta. Le indican que en la parte superior del cuestionario viene una explicación con las instrucciones. Juan accede.

■ PREGUNTA

Juan le entrega el cuestionario completado a Sara mientras exclama: «¡Odio la diabetes!». Sara se sorprende al principio por su arrebato, pero le anima a que le cuente un poco más sobre lo que más le disgusta, ya que su respuesta le ayudará a entender cómo le puede apoyar. Le cuenta que siempre le ha costado mucho sobrellevarlo. Tenía la esperanza de que la bomba de insulina le evitara tanta frustración, pero ahora se siente peor: «*La bomba no para de recordarme que tengo diabetes, y desde que la uso estoy teniendo más hipoglucemias. Esta enfermedad me está amargando la vida*».

Sara, que conoce a Juan desde que le diagnosticaron la diabetes, no había sido consciente hasta ahora de las dificultades que atravesaba. Juan nunca había mencionado ningún problema y, desde que empezó a utilizar la bomba, su HbA1c siempre ha estado dentro de los objetivos. Juan le dice que rellenar el cuestionario le ha permitido expresar cómo se siente respecto a la diabetes, algo que nunca antes se le

había preguntado. Juan es consciente de que la gente piensa que «lo tiene todo controlado» porque se calla el estrés que sufre. Quiere hacerse el fuerte por su familia, cuando en realidad lo está pasando verdaderamente mal. Va a realizar una entrevista para un posible trabajo y le preocupa que pueda sufrir una hipoglucemia durante la misma. No quiere preocupar a su pareja ni implicar a otras personas: «*el problema lo tengo yo*», dice, «*así que soy yo quien tiene que solucionarlo*».

■ EVALÚA

Sara echa un vistazo a las respuestas del PAID de Juan. Ha puntuado la mayoría de los ítems con un 1 o un 2, lo que indica que para él solo representan problemas menores o moderados. Sara observa que ha puntuado algunos ítems con un 4, lo que indica que son problemas graves para él. Estos eran los problemas:

- › no «aceptar» la diabetes;
- › sentirse «quemado» por el esfuerzo constante que requiere el manejo de la diabetes;
- › sentirse abrumado por la diabetes;
- › sentir que la diabetes le consume demasiada energía mental y física cada día;
- › preocuparse por una bajada de glucosa en sangre.

Estas respuestas, en combinación con los comentarios de Juan, permiten a Sara hacerse una buena idea de cómo se siente. Su puntuación total indica que está justo por debajo del umbral de sufrir un distrés por la diabetes grave. Las puntuaciones del PAID proporcionan a Sara un nivel de referencia con el que comparar las futuras puntuaciones de Juan mientras trabajan juntos para disminuir su distrés.

■ ACONSEJA

Sara le dice a Juan que sus respuestas al cuestionario

indican que sufre distrés por la diabetes, y le explica en qué consiste. Le asegura que es muy habitual tener sentimientos negativos respecto a la diabetes y que el equipo diabetológico le puede ayudar. Le dice que, si le parece bien, le gustaría ayudarlo a reducir su distrés por la diabetes, cosa a la que él accede.

■ AYUDA

Sara le pregunta si le gustaría dejar de utilizar la bomba. A largo plazo no está seguro, pero por ahora prefiere no pasarse a las inyecciones.

Sara le pregunta por la entrevista que va a realizar y por su temor a sufrir una hipoglucemia. Hablan de estrategias prácticas para evitar las bajadas de glucosa. Ahora que Juan sabe cómo manejar mejor la situación, se siente más aliviado. Sara cree que a Juan le vendría bien buscar apoyo entre sus compañeros/

amigos, sobre todo porque no quiere agobiar a su pareja con su distrés.

Sara le comenta que en las asociaciones de pacientes a veces existen grupos de apoyo entre personas con el mismo problema, y le recomienda acudir a alguna.

Él le dice que se lo pensará. Como no hay tiempo para hablar de las otras áreas problemáticas detectadas en el PAID, las abordarán en la próxima consulta.

■ ORGANIZA

Acuerdan volver a verse en el plazo de un mes para realizar un seguimiento del distrés de Juan, ver qué tal le ha ido con las estrategias de las que han hablado hoy y con el uso de la bomba. Sara también se apunta en una nota que debe hablar con Juan el tema de que no quiere agobiar a los demás con sus preocupaciones, ya que hoy no ha habido tiempo para tratar esa cuestión.

Recursos



Para profesionales sanitarios

Bibliografía revisada

> **Twenty-five years of diabetes distress research**

Descripción: Revisión que resume la investigación relacionada sobre la etiología del estrés por la diabetes, cómo evaluarlo y qué intervenciones son efectivas para manejarlo.

Fuente: Skinner TC, Joensen L & Parkin T. *Diabetic Medicine*, 2020;37:393-400.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dme.14157

> **Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide**

Descripción: Artículo de revisión en el que se proponen estrategias prácticas para ayudar a los profesionales sanitarios especializados en diabetes a abordar el estrés por la diabetes en la consulta.

Fuente: Fisher L, Polonsky WH & Hessler D. *Diabetic Medicine*. 2019;36 803-812

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30985025

> **The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision**

Descripción: Artículo de revisión en el que se examinan las diferencias entre las definiciones de depresión y estrés por la diabetes, así como las diferencias entre los enfoques de evaluación de la depresión y el estrés específico de la diabetes.

Fuente: Fisher L, Gonzalez JS, et al. *Diabetic Medicine*. 2014;31(7):764-772.

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24606397

Capítulos de libro

> **Diabetes distress and quality of life in adults with diabetes**

Descripción: El capítulo ofrece una visión general del estrés por la diabetes, su asociación con la depresión y con otros resultados de la diabetes, y revisa las medidas disponibles del estrés por la diabetes. Además, describe los factores culturales,

sociales y demográficos relacionados con el estrés por la diabetes.

Fuente: Hoogendoorn CJ, Shapira A, et al. Capítulo 20: Diabetes distress and quality of life in adults with diabetes. En AM Delamater & DG Marrero (Eds.) *Behavioral diabetes: social ecological perspectives for pediatric and adult populations*. New York: Springer, 2020.

URL: link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-33286-0

> **Diabetes distress**

Descripción: Este capítulo sobre el estrés relacionado con la diabetes describe su prevalencia y su relación con la depresión, así como su evaluación y tratamiento.

Fuente: Hermanns et al. Capítulo 8: Diabetes distress. En Ismail K, Barthel A, Bornstein SR & Licinio J. (Eds) *Depression and Type 2 Diabetes*. Oxford University Press. Great Britain, 2018



Para personas con diabetes

Apoyo

> **Asociaciones de diabetes**

Descripción: A través del sitio web de la FEDE (Federación Española de Diabetes) es posible buscar y acceder (por comunidad autónoma o por provincia) a federaciones y asociaciones de personas con diabetes. La mayoría de asociaciones ofrecen charlas/talleres, acceso a otras personas con diabetes, ayuda psicológica profesional, reuniones de grupos de apoyo, etc.

Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE)

URL: <https://fedesp.es/>

> **Apoyo entre iguales**

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre las oportunidades de apoyo entre iguales. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

Información

› Distrés por la diabetes

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre el distrés por la diabetes. La hoja informativa incluye sugerencias que la persona puede probar para reducir su distrés y ofrece sugerencias de apoyo e información adicional. La hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

› Los amigos, la familia y la diabetes

Descripción: Información para amigos y familiares de personas con diabetes sobre lo que pueden hacer para ayudar a una persona con diabetes.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

URL: cdc.gov/diabetes/spanish/resources/features/friends-family-diabetes.html

Referencias

2. Déniz-García, A., Díaz-Artiles, A., Saavedra, P., Alvarado-Martel, D., Wägner, A. M., & Boronat, M. (2022). Impact of anxiety, depression and disease-related distress on long-term glycaemic variability among subjects with Type 1 diabetes mellitus. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 1-8.
3. Beléndez M, Lorente, I, et al. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(4):300-303.
4. Gonzalez JS, Fisher L, et al. Depression in diabetes: have we been missing something important? *Diabetes Care*. 2011;34(1):236-9.
5. Polonsky WH, Fisher L, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*. 2005;28(3):626-31.
6. Fisher L, Gonzalez JS, et al. The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic Medicine*. 2014;31(7):764-72.
7. Fisher L, Hessler D, et al. Diabetes distress in adults with type 1 diabetes: Prevalence, incidence and change over time. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2016;30(6):1123-8.
8. Ehrmann D, Kulzer B, et al. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: analysing incidence and persistence. *Diabetic Medicine*. 2015;32(10):1264-71.
9. Snoek FJ, Kersch NY, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): baseline data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care*. 2011;34(3):601-3.
10. Delahanty L, Grant R, et al. Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2007;24(1):48-54.
11. Sturt J, Dennick K, et al. The detection and management of diabetes distress in people with type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*. 2015;15(11):1-14.
12. Fisher L, Mullan JT, et al. Predicting diabetes distress in patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. *Diabetic Medicine*. 2009;26(6):622-7.
13. Ting RZ, Nan H, et al. Diabetes-related distress and physical and psychological health in Chinese type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011;34(5):1094-6.
14. Hessler DM, Fisher L, et al. Diabetes distress is linked with worsening diabetes management over time in adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2017;34(9):1228-34.
15. Weinger K, Jacobson AM. Psychosocial and quality of life correlates of glycemic control during intensive treatment of type 1 diabetes. *Patient Education and Counseling*. 2001;42(2):123-31.
16. van der Ven NC, Lubach CH, et al. Cognitive behavioural group training (CBGT) for patients with type 1 diabetes in persistent poor glycaemic control: who do we reach? *Patient Education and Counseling*. 2005;56(3):313-22.
17. Fisher L, Mullan JT, et al. Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes Care*. 2010;33(1):23-8.
18. Van Bastelaar KMP, Pouwer F, et al. Diabetes-specific emotional distress mediates the association between depressive symptoms and

- glycaemic control in Type 1 and Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2010;27(7):798-803.
19. Reddy J, Wilhelm K, et al. Putting PAID to diabetes-related distress: the potential utility of the Problem Areas In Diabetes (PAID) scale in patients with diabetes. *Psychosomatics*. 2013;54(1):44-51.
 20. Hendrieckx C, Halliday JA, et al. Severe hypoglycaemia and its association with psychological well-being in Australian adults with type 1 diabetes attending specialist tertiary clinics. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2014;103(3):430-6.
 21. Balfe M, Doyle F, et al. What's distressing about having type 1 diabetes? A qualitative study of young adults' perspectives. *BMC Endocrine Disorders*. 2013;13:25.
 22. Polonsky WH, *Diabetes burnout: what to do when you can't take it anymore*. Virginia, USA: American Diabetes Association; 1999.
 23. Abdoli S, Hessler D, et al. Improving Diabetes Care: Should We Reconceptualize Diabetes Burnout? *The Diabetes Educator*. 2019;45(2):214-24.
 24. Abdoli S, Hessler D, et al. Descriptions of diabetes burnout from individuals with Type 1 diabetes: an analysis of YouTube videos. *Diabetic Medicine*; 2019.
 25. Anderson B, Funnell M. *The art of empowerment – stories and strategies for diabetes educators*. Virginia, USA: American Diabetes Association; 2000.
 26. Polonsky WH, Anderson BJ, et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*. 1995;18(6):754-60.
 27. Beléndez M, Hernández-Mijares A, et al. Validation of the Spanish version of the Problem Areas in Diabetes (PAID-SP) Scale. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2014;106(3), e93-e95.
 28. Fisher L, Glasgow RE, et al. Development of a brief diabetes distress screening instrument. *Annals of Family Medicine*. 2008;6(3):246-52.
 29. Fisher L, Polonsky WH, et al. Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2015;29(4):572-7.
 30. Kessler RC, Andrews G, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):959-76.
 31. Vargas BE, Villamil V, et al. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas*. *Salud Mental*. 2011;34(4), 323-331.
 32. Davies M, Dempster M, et al. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabetic Medicine*. 2006;23(8):917-19.
 33. Fisher L, Polonsky WH, et al. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. *Diabetic Medicine*. 2019;36(7):803-12.
 34. Schmidt CB, van Loon JBP, et al. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic Medicine*. 2018;35(9):1157-72.
 35. Mathiesen AS, Egerod I, et al. Psychosocial interventions for reducing diabetes distress in vulnerable people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2019;12:19-33.



Miedo a la hipoglucemia (y otros miedos específicos de la diabetes)



Mensajes clave

- Este capítulo se centra principalmente en el miedo a la hipoglucemia. Se describen brevemente otros miedos específicos de la diabetes (preocupación por las complicaciones y miedo a la hiperglucemia y a las agujas). El término «miedo a la hipoglucemia» hace referencia a un miedo extremo que repercute en la calidad de vida y en los resultados de la diabetes, por lo que no se trata de un nivel de preocupación normal por sufrir una hipoglucemia.
- El miedo a la hipoglucemia es un miedo concreto y extremo causado por el riesgo y/o la aparición de niveles bajos de glucosa en sangre.
- El miedo a la hipoglucemia afecta a una de cada siete personas con diabetes tipo 1 o tipo 2, pudiendo afectar también a sus familiares.
- El miedo a la hipoglucemia está asociado a un deterioro de la calidad de vida y del bienestar emocional, a un manejo subóptimo de la diabetes y a HbA1c fuera de objetivo. De igual forma, también se relaciona con un mayor número de complicaciones y agudización de síntomas relacionados con la diabetes.
- La escala de Miedo a la Hipoglucemia-II Preocupación (HFS-II W, por sus siglas en inglés) permite evaluar el miedo a la hipoglucemia y encauzar las conversaciones sobre dichos temores.
- Las intervenciones psicoeducativas son eficaces para reducir el miedo a la hipoglucemia.
- A veces las personas con diabetes y sus familiares pueden tener pocos conocimientos sobre la hipoglucemia (salvo las «habilidades de supervivencia» básicas) lo que podría contribuir a incrementar el miedo a la hipoglucemia.
- Las personas con diabetes también pueden experimentar otros tipos de miedo específicos de la diabetes, como el miedo a la hiperglucemia, a las complicaciones relacionadas con la diabetes y a las inyecciones/agujas.



Puntos a tener en cuenta

- Entiende que el miedo es una respuesta normal a una amenaza (p. ej., la hipoglucemia) y que tener cierto grado de miedo es adaptativo (p. ej., a la hora de mantener a la persona alerta ante los síntomas o motivada para manejar la enfermedad), pero ten en cuenta que el miedo exagerado puede perjudicar su bienestar, su manejo de la enfermedad, su salud y su calidad de vida.
- Recuerda que la persona puede experimentar un miedo exagerado a la hipoglucemia incluso cuando no hay una hipoglucemia real e independientemente de su nivel de HbA1c.
- No olvides que las personas pueden mostrarse reacias a hablar con un profesional sanitario sobre sus experiencias con la hipoglucemia y de sus miedos al respecto (p. ej., por miedo a perder el permiso de conducir).

¿Es muy frecuente el miedo a la hipoglucemia?

Diabetes tipo 1^aDiabetes tipo 2 (con insulina)^a

¿Qué es el miedo a la hipoglucemia?

El miedo a la hipoglucemia es un temor concreto y extremo motivado por la aparición de una hipoglucemia (nivel bajo de glucosa en sangre)¹ y/o por el riesgo de padecerla. La hipoglucemia es un efecto de los medicamentos hipoglucemiantes (p. ej., la insulina y las sulfonilureas) y está causada por un exceso relativo de insulina frente a una cantidad insuficiente de glucosa en sangre.² Si no se detecta y no se trata, la glucosa sigue bajando, lo que provoca una hipoglucemia grave (un nivel de glucosa en sangre muy bajo que requiere la asistencia de otra persona para tratarlo). Además, la hipoglucemia puede llevar a un «círculo vicioso» de episodios hipoglucémicos recurrentes. No es de extrañar que a muchas personas con diabetes les preocupe sufrir una hipoglucemia,³⁻⁵ pues temen perder el conocimiento en público, sufrir un accidente/lesión, alterarse emocionalmente o volverse poco cooperativo y quedar en evidencia. También les preocupa el peor de los escenarios (a pesar de ser poco frecuente): la muerte súbita.

En adultos con diabetes tipo 1, el miedo a la hipoglucemia es más frecuente entre quienes tienen antecedentes de hipoglucemias graves^b (a menudo complicadas por la pérdida de conciencia o la hospitalización, o por el hecho de afectarles en su trabajo o de que sean nocturnas)⁶⁻¹² y entre quienes tienen problemas para percibir que están sufriendo un episodio (hipoglucemia desapercibida).⁷

En adultos con diabetes tipo 2, el miedo a la hipoglucemia es más frecuente entre quienes se administran

insulina que entre los que utilizan sulfonilureas,¹³ que también pueden aumentar el riesgo de hipoglucemia. Dado que la prevalencia de hipoglucemia grave en adultos con diabetes tipo 2 que se administran insulina desde hace más de 5 años^c es muy similar a la de los adultos con diabetes tipo 1,¹⁴ ambos grupos comparten las mismas preocupaciones respecto a la hipoglucemia. Entre quienes utilizan ADOs, el temor a sufrir una hipoglucemia problemática puede convertirse en una barrera psicológica para iniciar la insulino-terapia (ver [capítulo 5](#)).

Preocuparse por sufrir una hipoglucemia es algo racional y adaptativo, pues mantiene a la persona atenta y receptiva a los síntomas, lo que permite tratarla a tiempo y de manera adecuada.¹ Sin embargo, si estas preocupaciones llegan a convertirse en un miedo excesivo, pueden tener repercusiones nefastas para la calidad de vida de la persona y su capacidad para manejar la diabetes.^{15,16} También pueden afectar a la calidad de vida de sus familiares (p. ej., alterándoles el sueño o haciéndoles preocuparse por la seguridad de la persona cada vez que se encuentra sola).¹⁷ En el [cuadro 4.1](#) se analiza la ausencia de preocupaciones por sufrir una hipoglucemia.

^a El miedo a la hipoglucemia suele evaluarse con la escala de Miedo a la Hipoglucemia-II Preocupación (HFS-II W, por sus siglas en inglés), pero aún no se dispone de un punto de corte relevante desde el punto de vista clínico. Los datos se basan en la media +1DT (comunicación personal de Linda Gonder-Frederick, 2015).

^b Prevalencia anual de hipoglucemia grave (que requiere la asistencia de otra persona para tratarla) en adultos con diabetes tipo 1: el 22 % con una duración de la diabetes < 5 años; el 46 % con una duración de la diabetes > 15 años.²

^c Prevalencia anual de hipoglucemia grave en adultos con diabetes tipo 2: el 25 % de los adultos que han estado administrándose insulina > 5 años; el 7 % de los adultos que toman medicamentos orales.^{2,14}



Aunque este capítulo se centra en el miedo extremo a la hipoglucemia, también se tratan brevemente otros miedos específicos de la diabetes: el miedo a las agujas, a las inyecciones y a pincharse el dedo (ver cuadro 4.2), la preocupación extrema por la hiperglucemia (ver cuadro 4.3) y la preocupación por las complicaciones a largo plazo (ver cuadro 4.4).

A veces, el miedo de la persona es desproporcionado con respecto a su riesgo real de padecer una hipoglucemia. Es todo un reto esforzarse por mantener la HbA1c dentro de los objetivos y, al mismo tiempo, evitar la hipoglucemia, por lo que es comprensible que esto pueda generar mucho miedo a la hipoglucemia.¹⁸

El miedo a la hipoglucemia puede surgir por muchos motivos:

- Poseer pocos conocimientos sobre hipoglucemia y disponer de pocas habilidades para prevenir, reconocer y tratarla puede originar episodios de hipoglucemia más frecuentes y graves, lo que puede desembocar en miedo a la hipoglucemia.
- Con el paso del tiempo, los síntomas de la hipoglucemia pueden ser cada vez menos perceptibles para la persona, haciendo que le resulte más difícil detectar una bajada de los niveles de glucosa en sangre, incrementando su miedo. Por lo general, antes de darse cuenta, su cerebro ya estará falto de glucosa. Cuando se llega a este punto, se ve gravemente afectada la capacidad de la persona para dejar de hacer lo que estaba haciendo y que se pueda tratar la bajada de glucosa (de forma rápida y eficaz).
- Haber sufrido con anterioridad un episodio traumático de hipoglucemia (especialmente si se complicó con pérdida de conciencia u hospitalización, o si se dio mientras dormía) puede hacer que la persona tema padecer otro episodio. El miedo a la hipoglucemia lo puede desencadenar tanto un episodio de hipoglucemia grave como episodios leves recurrentes.¹⁹
- Ciertos rasgos de la personalidad, p. ej., el neuroticismo (diabetes tipo 1),²⁰ la ansiedad-rasgo elevada y el miedo generalizado (diabetes tipo 1 y tipo 2),^{9,10} están asociados al miedo a la hipoglucemia, muy probablemente en una relación bidireccional.⁶ Una

persona con ansiedad-rasgo puede estar distraída y no reconocer los síntomas de la hipoglucemia, lo que aumenta su riesgo de sufrir un episodio. Por el contrario, experimentar de forma recurrente episodios graves de hipoglucemia puede suscitar miedo y ansiedad en personas que no tenían ansiedad hasta el momento.²¹

- Los síntomas de la hipoglucemia relacionados con el sistema nervioso autónomo (p. ej., temblores, sudoración y palpitaciones) se parecen a los de la ansiedad (ver [capítulo 7](#)). Este solapamiento de síntomas puede dificultar la interpretación y el tratamiento adecuado de una bajada de glucosa en sangre.

Los adultos con diabetes responden al miedo de diversas formas:

- Algunos pueden exhibir «conductas compensatorias» para evitar la hipoglucemia y reducir así su miedo. Entre las estrategias conductuales más comunes destacan reducir las dosis de insulina, saltarse las inyecciones o picar continuamente para mantener más altos los niveles de glucosa en sangre, pudiendo así elevar los niveles de HbA1c.^{19,21} Con el tiempo, estos comportamientos se pueden convertir en un hábito, lo que hace que las hipoglucemias sean más difíciles de identificar. Reducir la insulina de vez en cuando (p. ej., cuando se va a asistir a una reunión importante o se va a realizar una presentación) no afecta mucho a los resultados de la diabetes, pero puede convertirse en un problema si esta estrategia se emplea con asiduidad.
- Otras personas afrontan el miedo restringiendo sus actividades (p. ej., el ejercicio) o evitando quedarse solas, lo que repercute en su independencia, confianza y espontaneidad.

El miedo a la hipoglucemia está asociado a:

- un deterioro de la calidad de vida y del bienestar emocional;^{21,22}
- una menor implicación en el manejo de la diabetes;²²⁻²⁴
- un empeoramiento de los resultados de la diabetes.^{23,25}

Cuadro 4.1: La ausencia de miedo también puede ser un «problema»

Las personas en las que ha disminuido o desaparecido la percepción de los síntomas de hipoglucemia (hipoglucemias desapercibidas) tienen un riesgo seis veces mayor de sufrir eventos hipoglucémicos graves.²⁶ Estudios cualitativos demuestran que a algunas de estas personas no les preocupa esta pérdida de sensibilidad, por lo que parece que no le tienen miedo a la hipoglucemia.^{27,28} Entre las creencias que subyacen a esta despreocupación se encuentran:

- Normalizar la disminución de la capacidad de percibir la hipoglucemia: la pérdida de sensibilidad y la hipoglucemia no se consideran problemas, sino aspectos «normales» de la convivencia con la diabetes; de hecho, hay quien piensa que supondría más bien un problema volver a ser consciente de los síntomas.
- Minimizar las consecuencias de las hipoglucemias desapercibidas: la persona piensa que puede llevar una vida normal incluso cuando su nivel de glucosa es inferior a 54 mg/dl.
- Evitar representar el «rol de enfermo»: la persona con diabetes siente que «tener controlada la diabetes» y no dejar que interfiera en su vida implica no llamar nunca la atención, no armar «jaleo» y «seguir con su vida».
- Sobrestimar el riesgo y las repercusiones de la hiperglucemia: existe un nivel de ansiedad significativa sobre el desarrollo de complicaciones a largo plazo y respuestas conductuales extremas ante niveles elevados de glucosa en sangre.

Es probable que estas creencias y actitudes impidan que las personas con diabetes se sientan motivadas para recobrar la sensibilidad a los síntomas o reducir al mínimo los episodios hipoglucémicos graves.²⁷ Pueden mostrarse reacias a tomar medidas para prevenir, detectar y tratar rápidamente los niveles bajos de glucosa en sangre, lo que puede suponer una carga importante para su pareja o sus familiares, que suelen ser los primeros en notar los signos de hipoglucemia y/o los que tienen que manejar un episodio hipoglucémico grave.

Cuadro 4.2: Miedo a las agujas, a las inyecciones y a pincharse el dedo

Recibir el diagnóstico de diabetes tipo 1 puede provocar ansiedad y temor a las agujas, a las inyecciones y a los pinchazos en el dedo. Las personas con diabetes tipo 2 que no se administran insulina también pueden tener estos temores, los cuales pueden aumentar su reticencia a iniciar la insulino terapia (ver [capítulo 5](#)). Hablamos de un miedo a lo desconocido.

Para la mayoría, estos temores disminuyen después de recibir educación terapéutica, haberse adaptado al diagnóstico y haber adquirido la destreza y la confianza suficientes para inyectarse la insulina y controlar la glucemia. Las plumas de insulina modernas y las agujas y las lancetas más finas ayudan a reducir al mínimo el dolor de las inyecciones de insulina y los controles de glucosa en sangre.

La fobia a las agujas es un tipo de miedo más extremo e incapacitante. A las personas con esta fobia el hecho de ver sangre o una aguja les provoca ansiedad y un aumento del ritmo cardíaco, seguido de un descenso de la presión arterial, mareos, desmayos, sudoración y náuseas. La fobia a las agujas es poco frecuente, pero, en caso de darse, complica el manejo de la enfermedad.

El miedo a las agujas, a las inyecciones o a pincharse el dedo repercute en²⁹

- el manejo de la diabetes (p. ej., reduciendo el número de inyecciones o controles de glucemia);
- los resultados de la diabetes (p. ej., un nivel elevado de HbA1c, un mayor riesgo de complicaciones de la diabetes a largo plazo);
- el bienestar emocional (p. ej., el deterioro del bienestar general, distrés por la diabetes).

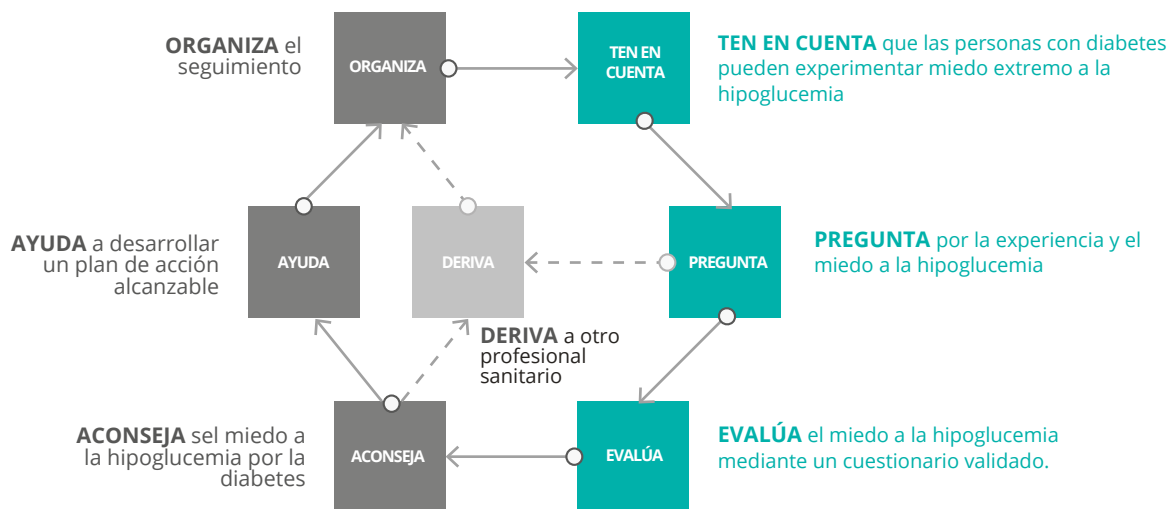
Explora las causas del miedo que siente la persona, ya que ayudará a fundamentar el plan de acción. Entre las estrategias de reducción del miedo se encuentran: la educación en diabetes, la terapia conductual, la desensibilización o distracción y la relajación.

El modelo de los "7 PASOS": miedo a la hipoglucemia

Este modelo dinámico propone un proceso de 7 pasos que se puede aplicar en la práctica clínica. El modelo consta de dos fases:

- ¿Cómo identifico el miedo a la hipoglucemia?
- ¿Cómo puedo apoyar a una persona que tiene miedo a la hipoglucemia?

Aplica el modelo de manera flexible dentro de un enfoque asistencial centrado en la persona. Puedes acceder a un resumen del modelo de los siete pasos en el apartado "Cómo utilizar esta guía práctica y las herramientas".



¿Cómo identifico el miedo a la hipoglucemia?

■ TEN EN CUENTA

El miedo a la hipoglucemia se puede presentar de muchas maneras. Estos son algunos de los signos frecuentes a los que hay que prestar atención:

- «Conductas de sobrecompensación» (p. ej., inyectar menos insulina de la necesaria o picar con frecuencia).
- «Comportamientos de evitación» (p. ej., limitar las actividades físicas o sociales, evitar estar solo o las situaciones en las que la hipoglucemia puede darse con más probabilidad).
- La persona ha asumido que va a tener siempre altos los niveles de glucosa en sangre.

- Realiza demasiados controles diarios de glucosa en sangre.
- No aplica los cambios de tratamiento «acordados» para reducir los niveles de glucosa en sangre.



Aunque los antecedentes de hipoglucemia son un claro factor de riesgo de desarrollar miedo a la hipoglucemia, este temor puede producirse sin que se haya sufrido una hipoglucemia real.

Tanto el riesgo percibido como el riesgo real de sufrir una hipoglucemia tienen la misma probabilidad de desembocar en miedo.

■ PREGUNTA

La hipoglucemia es muy habitual cuando la diabetes se maneja con medicamentos hipoglucemiantes, por lo que es aconsejable que, en cada consulta, les preguntes cómo llevan la hipoglucemia a las personas con diabetes que toman estos medicamentos. Si en vuestra conversación descubres signos de miedo a la hipoglucemia (ver **TEN EN CUENTA**), analízalo más a fondo con la persona.

El miedo a la hipoglucemia puede tener varias causas. Aquí tienes algunas preguntas de ejemplo para comprender mejor los motivos subyacentes.

Pregunta por sus experiencias con la hipoglucemia para averiguar su frecuencia y su gravedad, cómo manejan un episodio de hipoglucemia y su nivel de conocimientos al respecto.

➤ *«¿Ha tenido alguna hipoglucemia [en el último mes/semana/desde la última vez que nos vimos]?»*

- Averigua con qué frecuencia y gravedad, cuándo (si de noche o de día) y dónde fue (en casa o en otro sitio).
- ¿Necesitó ayuda de alguien para tratarse la hipoglucemia?
- ¿Recurrió a los servicios sanitarios (p. ej., llamó a una ambulancia, fue a urgencias, requirió hospitalización)?

➤ *«¿Podría describirme los síntomas que tenía cuando le dio un bajón de glucosa?» o «¿Qué siente usted normalmente cuando le da una bajada de glucosa en sangre?».*

- Analiza lo que la persona define como hipoglucemia y a qué nivel de intensidad de los síntomas suele reconocerlos.
- Averigua cómo detectó que tenía una hipoglucemia (p. ej., por los síntomas o por el control de glucemia).
- Pregúntale si tuvo otros síntomas, ya que eso le animará a reflexionar sobre lo que pasó exactamente.

➤ *«¿Qué cree que originó esa hipoglucemia?»*

- Averigua si la persona cree que se debe a factores externos (p. ej., un desequilibrio entre la ingesta de alimentos, la dosis de insulina, la actividad física; o el calor, la enfermedad, el estrés, el alcohol).

➤ *«¿Cómo reaccionó ante esa hipoglucemia?»*

- Explora sus reacciones tanto conductuales como emocionales.
- Comprueba si tuvo comportamientos inadecuados (p. ej., si retrasó el tratamiento o tomó algún alimento/bebida poco eficaz como «tratamiento de la hipoglucemia»).
- Comprueba si existen barreras psicológicas (p. ej., si se siente avergonzada o criticada cuando se toma algún alimento/bebida azucarada delante de otras personas o en lugares públicos).
- Pregúntale si ha reducido la dosis de insulina para evitar futuras hipoglucemias.

➤ *«¿Hay alguna manera de que pueda evitar episodios similares en el futuro?»*

- Averigua hasta qué punto la persona ha reflexionado sobre los motivos y si se ha planteado cómo/qué aprender de esa experiencia.

Que la persona no sufra hipoglucemias no tiene por qué significar que no tenga miedo a la hipoglucemia. Hazle las siguientes preguntas, independientemente de cómo contestó a las anteriores.

Formúlele preguntas abiertas para averiguar la intensidad de su miedo a la hipoglucemia:

➤ *«Las personas con diabetes que [se administran insulina/toman pastillas (diabetes tipo 2)] a veces se preocupan por las bajadas de glucosa en sangre. ¿A usted le preocupa sufrir una hipoglucemia?»*

- Si a la persona no le preocupa o le preocupa poco, comprueba si lo que te dice se corresponde con su riesgo real de sufrir una hipoglucemia o con los episodios que padece.
- Si a la persona le preocupa mucho, averigua si esto afecta a su manejo de la diabetes y/o a su calidad de vida, p. ej.:

- *«¿Cuál ha sido su peor experiencia con la hipoglucemia?»*
- *«¿Qué es lo que más le preocupa de los episodios de hipoglucemia?»*
- *«¿Cómo afectan las hipoglucemias a su vida?»*
- *«¿Alguna vez ha tenido una hipoglucemia grave con consecuencias desagradables para usted o para otras personas? Cuénteme un poco más lo que pasó»*
- *«¿Cuál es el nivel más bajo de glucosa en sangre con el que se siente cómoda?» y «¿Y el más alto?»*

- «Cuando sale, ¿cuál es el nivel más bajo de glucosa en sangre con el que se siente seguro?»

Pregúntale directamente por sus comportamientos compensatorios, con tacto y sin emitir juicios de valor:

- «Algunas personas se ponen menos insulina porque les da miedo sufrir una hipoglucemia. ¿Suele reducir alguna vez reduce la dosis de insulina para evitar hipoglucemias?»
- «Algunas personas mantienen su glucosa en sangre a un nivel más alto para evitar hipoglucemias. ¿Alguna vez lo ha hecho usted?»

Pregúntale cómo reaccionan sus familiares, amigos y compañeros de trabajo a sus hipoglucemias, ya que también puede afectar a sus allegados (quizás incluso más); p. ej.:

- «¿A las personas de su entorno les preocupa que tenga hipoglucemias? ¿Cómo responde a su preocupación?»
- «¿Su [pareja/familiar] se despierta por la noche cuando tiene una bajada?»
- «¿Cree usted que, cuando sale, su [pareja/familiar] se queda preocupada/o por si le da una bajada?»
- «Si su [pareja/familiar] le pide que se mida su nivel de glucosa o que se beba un zumo porque sospecha que está sufriendo una bajada, ¿cómo le hace sentir?»
- «¿El hecho de tener una hipoglucemia (o estar en riesgo de tenerla) causa conflictos entre usted y su pareja [familia/otras personas]?»



Las personas con diabetes pueden mostrarse reacias a hablar de sus episodios de hipoglucemia por:

- temor a perder el permiso de conducir o su puesto de trabajo;
- el estigma asociado: la pérdida de control que se da a consecuencia de un episodio de hipoglucemia puede parecer desde fuera como «una borrachera», lo que pueden causarles vergüenza, bochorno y culpa, llegando a veces a ser intervenidas de urgencia sin necesidad;
- la preocupación de que el profesional sanitario espere de ellas que sepan cómo evitar una hipoglucemia grave (sobre todo si llevan muchos años con diabetes);
- unos objetivos de glucosa en sangre poco realistas que ellas mismas se hayan propuesto conseguir.

Si hay indicios de que la persona tiene miedo a la hipoglucemia, puedes plantearte utilizar un cuestionario validado (ver **EVALÚA**), que os ayudará a ambos a comprender mejor qué es lo que más le preocupa a la persona.

No obstante, debes emplear un cuestionario únicamente si se dispone de tiempo durante la consulta para hablar de las puntuaciones obtenidas y analizar con la persona lo que habría que hacer para reducir su miedo. Consulta el [capítulo 1](#) (Comunicación y Compromiso) para obtener más información sobre el uso de cuestionarios en la práctica clínica.

■ EVALÚA

Cuestionario validado

La escala de Miedo a la Hipoglucemia, versión II, Preocupación (HFS-II W, por sus siglas en inglés)³⁰ es un cuestionario que consta de 18 ítems dirigidos a personas con diabetes tipo 1 o tipo 2 que se administran insulina. La versión española de la HFS-II está incluida en la guía de cuestionarios y escalas disponible en el sitio web de la SED.

Es el cuestionario más utilizado para evaluar el miedo a la hipoglucemia. Cada ítem se mide en una escala de cinco puntos que va de 0 (nunca) a 4 (casi siempre). Las puntuaciones de cada ítem sirven para destacar las principales preocupaciones relacionadas con la hipoglucemia. Según un estudio realizado en personas con diabetes tipo 2, una puntuación de 3 o 4 en cualquiera de los ítems de la escala HFS-II W indica miedo a la hipoglucemia y debe estudiarse más a fondo.¹³ Puede que esto sea extensible a las personas con diabetes tipo 1, aunque, en el momento en que se imprimió esta guía práctica, no se disponía de datos empíricos que apoyen esta tesis.

Además de administrarle la escala HFS-II W, fórmule preguntas sobre sus posibles comportamientos compensatorios para evitar la hipoglucemia (p. ej., si mantiene la glucosa en sangre a un nivel más alto; en este mismo capítulo dispones de más ejemplos). De esta manera, obtendrás más información sobre su nivel de aceptación de la hiperglucemia para que pueda afrontar su miedo a la hipoglucemia.

Otras consideraciones

- **¿El miedo es un signo de trastorno de estrés postraumático?** Si la persona desarrolla miedo a

la hipoglucemia después de haber tenido una experiencia traumática por culpa de una hipoglucemia (p. ej., un accidente de coche o lesiones), puede que estemos hablando de un signo de trastorno de estrés postraumático. Los «flashbacks», los recuerdos o soñar con el suceso, la ausencia de placer, la evitación de actividades o situaciones relacionadas con el origen del trauma y los sentimientos de bloqueo emocional, son reacciones comunes en los primeros días o semanas tras el trauma. Sin embargo, si estos síntomas empeoran o no remiten, lo recomendable

es derivar el caso a un profesional especializado en salud mental para que lo valore y lo trate más a fondo.

- **¿El miedo forma parte de un trastorno de ansiedad concomitante?** Si puede ser el caso, podrías plantearte emplear un cuestionario de ansiedad (ver [capítulo 7](#)). Antes de administrarlo, comprueba si a la persona le han diagnosticado un trastorno de ansiedad alguna vez y si ha recibido tratamiento para ello.



¿Cómo puedo apoyar a una persona que tiene miedo a la hipoglucemia?

■ ACONSEJA

Una vez que hayas detectado que la persona tiene miedo a la hipoglucemia, puedes aconsejarle sobre los siguientes pasos y, después, acordar un plan de acción juntos. Si la persona ha cumplimentado el HFS-II W, podrías utilizar las puntuaciones que le ha dado a cada ítem para encauzar la conversación. Explícale las puntuaciones y háblale de los ítems que haya puntuado más alto.

- Reconoce ante ella que es normal que a las personas con diabetes les preocupe la hipoglucemia.
- Explícale que tener «miedo a la hipoglucemia» es una respuesta normal ante una amenaza y que incluso es bueno tener algo de miedo, ya que ayuda a mantenerse alerta ante los síntomas de la hipoglucemia. Sin embargo, el miedo extremo o abrumador sí que es un problema porque puede afectar al manejo de la diabetes y perjudicar la calidad de vida de la persona e incluso la de sus familiares.
- Ofrécele consejos para que reduzca sus miedos. Por ejemplo, estrategias que se centren directamente en el miedo (ver más adelante) o estrategias para prevenir o reducir la frecuencia y la gravedad de la hipoglucemia.
- Explícale:
 - que la hipoglucemia es el resultado de un desequilibrio entre la insulina, la ingesta de carbohidratos (entre los que se incluye el alcohol) y la actividad física;
 - que no todas las personas con diabetes tienen por qué sufrir una hipoglucemia grave (que requiera asistencia para su tratamiento);
 - que solo una minoría tiene episodios muy graves, y muchos de ellos se pueden prevenir mejorando ciertas técnicas de manejo de la enfermedad y tratando inmediatamente las hipoglucemias leves;
 - que hay mecanismos que subyacen a los síntomas de la hipoglucemia (p. ej., la contraregulación y la neuroglucopenia), si crees que eso le va a ayudar.
- Coméntale que tener episodios de hipoglucemia frecuentes pero leves (autotratados) puede ser tan molesto como tener un episodio hipoglucémico grave.
- Dile que eres consciente de que puede preferir mantener sus niveles de glucosa en sangre en un rango más alto para evitar las hipoglucemias en general o, en circunstancias concretas, pero que, aun así, si este comportamiento se realiza con frecuencia o durante mucho tiempo, podría ser perjudicial para su salud a largo plazo.
- Dale la oportunidad de que te haga preguntas.
- Realizad un plan conjunto sobre «los siguientes pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir para reducir su miedo y el apoyo que pueda necesitar para ello).

■ AYUDA

Los dos objetivos principales a la hora de ayudar a una persona que tiene miedo a la hipoglucemia son: que recupere la confianza en sí misma para manejar la diabetes y que vuelva a sentir que tiene el control de sus niveles de glucosa. A algunas personas, mejorar sus conocimientos/habilidades en el manejo de la enfermedad les reduce el riesgo de sufrir una hipoglucemia, aumentando así su confianza en sí mismas y su sensación de control. En otros casos, su miedo está más arraigado y no está relacionado con sus conocimientos ni habilidades, por lo que será necesario centrarse en el manejo del miedo. A continuación, se analizan ambos enfoques.

Centrarse en mejorar los conocimientos/habilidades en el manejo de la hipoglucemia^a

- Es de vital importancia tratar de forma eficaz y a tiempo la hipoglucemia porque hay un estrecho margen de actuación antes de que la conciencia y las capacidades cognitivas se vean afectadas.
- Explora los conocimientos que tiene la persona en cuanto al reconocimiento de los síntomas de la hipoglucemia y cómo tratarla. Comprueba que:
 - Sabe que no debe retrasar el tratamiento y que debe tratarla con alimentos/bebidas adecuados. Averigua cuáles son sus barreras a la hora de tratarse la hipoglucemia³² (p. ej., si se siente avergonzada por comer delante otras personas, si no le gustan los alimentos recomendados) y coméntale estrategias para superar dichas barreras.
 - Conoce las señales externas (p. ej., la interacción entre la insulina, la comida, la actividad física, el alcohol).
 - Sabe reconocer los distintos síntomas internos: físicos, cognitivos y emocionales. Con el paso de los años, las personas con diabetes suelen basarse en uno o dos síntomas de la hipoglucemia dejando de tener en cuenta el resto (p. ej., los cambios de humor o las dificultades para concentrarse y realizar tareas).
 - Conoce los síntomas relacionados con la falta de glucosa en el cerebro (p. ej., confusión, deterioro cognitivo). Muchas personas con diabetes y sus familias no son conscientes de cómo puede afectar al cerebro la falta de glucosa (p. ej., por debajo de 54 mg/dl).

Siguiente paso: ¿AYUDA o DERIVA?

- Las personas con diabetes que tienen problemas psicológicos suelen preferir hablar del tema con sus profesionales sanitarios especializados en diabetes o con su médico de familia (MF), en lugar de con un especialista en salud mental.³¹
- Dado que el miedo a la hipoglucemia está tan interrelacionado con el manejo de la diabetes, es mejor que lo aborde un profesional sanitario especializado en diabetes (o MF si es el profesional sanitario principal). Si tienes la capacidad y la confianza necesarias, tú mismo puedes brindarle tu apoyo; por algo habrá confiado en ti. Mantener la continuidad de los cuidados y una relación de colaboración con un profesional de confianza es importante en este proceso; rara vez requiere derivar el caso a un especialista en salud mental.¹⁸
- Habrá ocasiones en las que tendrás que derivar a la persona a otro profesional sanitario, lo cual dependerá de:
 - las necesidades y preferencias de la persona con diabetes;
 - tu cualificación, conocimientos, capacidades y confianza para abordar el miedo a la hipoglucemia;
 - la intensidad del miedo a la hipoglucemia y las preocupaciones concretas que se hayan detectado;
 - si existen otros problemas psicológicos (p. ej., el miedo forma parte del trastorno de ansiedad (ver [capítulo 7](#)) o del trastorno de estrés postraumático originado por un episodio de hipoglucemia traumático);
 - si el miedo va acompañado de otros estresores vitales;
 - tu ámbito de actuación y si dispones del tiempo y los recursos necesarios para ofrecer un nivel de apoyo adecuado.
- Si crees que es necesario derivar a la persona a otro profesional sanitario:
 - explícale por qué (p. ej., qué puede ofrecerle el otro profesional que tú no puedes);
 - pregúntale qué le parece lo que le propones;
 - habla con la persona de lo que le gustaría conseguir al ser derivada a otro profesional, ya que esto influirá en a quién se le derivará.

^a La revisión de Choudhary et al. (2015) ofrece una visión general de las estrategias de manejo de la diabetes para apoyar a las personas con problemas de hipoglucemia (ver el apartado de «Recursos»).

- Sabe que no ser plenamente consciente de los síntomas de la hipoglucemia puede limitar su capacidad para tratarla.
 - Sabe que los episodios de hipoglucemia pueden ser asintomáticos y que, por tanto, el tratamiento debería basarse en las lecturas de glucemia y no en los síntomas que se perciban.
- Ofrécele más educación en el manejo de la hipoglucemia para cubrir las lagunas de conocimiento detectadas, mejorar sus habilidades y que recupere la confianza: sugiérele que, durante dos semanas, lleve un registro de sus episodios de hipoglucemia (p. ej., lecturas de glucosa por debajo de 70 mg/dl y que anote:³³
- Su nivel de glucosa en sangre y los síntomas que ha experimentado (o la ausencia de los mismos).
 - Las señales que ha detectado (p. ej., las comidas que haya retrasado o que se haya saltado, o los desajustes entre la insulina y los hidratos de carbono, después de realizar una actividad física no planeada o más vigorosa, o el consumo de alcohol).
 - Las medidas adoptadas.
- Considera la información registrada como una oportunidad para conocer y repasar sus síntomas de hipoglucemia personales más fiables y los motivos observados.
- Sugierele que reflexione sobre los síntomas que sean inusuales para una situación determinada (p. ej., si suda cuando hace frío o si tiene frío cuando hace calor) o cuando sus pensamientos/actos van más lentos o le cuestan más de lo normal (p. ej., le cuesta abrir la puerta con la llave o atarse los cordones).
 - Acuerda con ella algunas medidas para prevenir o reducir su riesgo de sufrir episodios de hipoglucemia.
- Muéstrale tu apoyo para que desarrolle su confianza y su asertividad y así pueda responder/actuar inmediatamente ante una bajada de glucosa en sangre o ante síntomas de hipoglucemia.
- Repasa el plan de manejo de la diabetes que tiene actualmente:
- Revisa su medicación para la diabetes (p. ej., las dosis y el tipo de insulina) para descartar que se esté sobremedicando o que esté «solapando insulinas».
 - Revisa sus conocimientos y habilidades de manejo personal en cuanto a técnicas de inyección, ajuste de la dosis de insulina, recuento de hidratos de carbono, la monitorización de la glucosa y los efectos del alcohol y la actividad física en los niveles de glucosa (incluyendo los efectos retardados).
 - Coméntale si piensa usar una bomba de insulina en lugar de las inyecciones y/o el medidor continuo de glucosa. Analizad los pros y los contras de cada opción.
- Fomenta la participación de otra persona (p. ej., la pareja, un familiar, un amigo o un compañero) para que ayude en el manejo de la hipoglucemia en casa/ el trabajo/el colegio. Encuentra a una persona que esté bien informada y capacitada para prestar ayuda y, en caso de necesidad, administrar glucagón (inyectado o nasal) o que esté dispuesta a recibir formación para ayudar en el manejo de la hipoglucemia.
- Si el familiar/pareja está extremadamente preocupado por su hipoglucemia, sugierele que acompañe a la persona con diabetes a la siguiente consulta. Durante la misma, habla con su pareja/familiar de los motivos de su preocupación y de cómo pueden apoyar a la persona con diabetes (y viceversa).



El deterioro cognitivo que puede darse en personas mayores las hace más propensas a no reconocer los síntomas de la hipoglucemia. **En las personas mayores, los síntomas de hipoglucemia son menos precisos** (p. ej., sensación de malestar o mareo) y algunos son similares a los signos de la demencia (p. ej., agitación, confusión).³⁴ Además, la hipoglucemia recurrente en las personas mayores está asociada al deterioro de las funciones físicas y cognitivas, lo que puede desembocar en fragilidad y discapacidad; p. ej., las personas mayores también son más propensas a las caídas y, si se caen durante un episodio de hipoglucemia, pueden tener más probabilidades de sufrir fracturas.³⁴ Algunas directrices para el manejo de la hipoglucemia en personas mayores se incluyen en Proceso Asistencial Integrado (PAI) para Hipoglucemias en personas con Diabetes tipo 2 (ver apartado de «Recursos»).



Es probable que la mejora de los conocimientos/habilidades en el manejo de la enfermedad sea eficaz si el miedo de la persona es moderado y si la persona está motivada y capacitada para «resolver el problema». Averigua si le tiene más miedo a la hiperglucemia (ver [cuadro 4.3](#)) que, a la hipoglucemia, ya que esto puede obstaculizar los cambios necesarios para evitar la hipoglucemia.

Centrarse en el manejo del miedo^b

- La prioridad debe ser ayudar a la persona con diabetes a sentirse segura.
- Antes de contemplar ningún plan de acción, pregúntale: «¿Qué cree que haría falta para reducir ese miedo?». Averigua:
 - lo que la persona podría hacer o lo que está dispuesta a hacer;
 - el tipo de apoyo que necesita de ti o de otras personas.
- Si la persona vive sola y esto le provoca miedo:
 - háblale de cómo prevenir la hipoglucemia (p. ej., glucemias frecuentes, tratamiento inmediato);
 - pregúntale si le gustaría que alguien (p. ej., algún vecino o amigo) fuera a ver cómo está cada cierto tiempo;
 - infórmale de que podría disponer de un servicio de teleasistencia que la ayudaría a sentirse más segura cuando esté sola en casa.
- Ofrécele información precisa sobre el riesgo real que tiene de sufrir una hipoglucemia y rebátele las ideas contraproducentes que se haya hecho en cuanto al riesgo que percibe y sus creencias «catastróficas».
- Desarrolla un plan escalonado y acuerda con ella:
 - un intervalo de glucosa en sangre que sea seguro y cómodo para la persona; este objetivo «individualizado» puede ser más alto que el habitual;
 - cuándo y en qué medida se puede reducir el intervalo objetivo;

- hacer «experimentos» para que los niveles de glucosa en sangre vuelvan gradualmente a los objetivos recomendados (p. ej., aumentar la dosis de insulina a una hora o en un lugar que le resulte seguro hacerlo, como cuando haya otras personas cerca o en casa).

- Lo mejor es «ir despacio» y que la persona diga cuándo se siente preparada para dar «el siguiente paso» en la reducción de sus niveles de glucosa en sangre (es decir, preparada para minimizar el riesgo de que su miedo aumente o de que se reduzca su sensación de seguridad/control personal).



Es muy poco probable que el simple hecho de conocer las consecuencias a largo plazo de la hiperglucemia motive a la persona con miedo a la hipoglucemia a que reduzca sus niveles de glucosa en sangre. El miedo a la hipoglucemia está relacionado con «el aquí y ahora», no con los riesgos para la salud a largo plazo. En el [cuadro 4.3](#) se indican los puntos que deben tenerse en cuenta a la hora de apoyar a una persona con miedo a la hiperglucemia.

^b Para ver una descripción exhaustiva de las habilidades y estrategias para manejar el miedo consulta el artículo de Vallis et al. (2014) (ver apartado de «Recursos»)

Cuadro 4.3: Miedo a la hiperglucemia

Se conoce poco sobre el miedo a la hiperglucemia (niveles altos de glucosa en sangre) y los mecanismos subyacentes,³⁵ pero puede estar causada por:

- preocuparse por el futuro y por las posibles complicaciones de la diabetes;
- tener pocos conocimientos y habilidades para manejar la diabetes;
- experimentar síntomas desagradables causados por niveles altos de glucosa en sangre (p. ej., falta de energía o sensación de letargo);
- temor a la cetoacidosis diabética;
- tener tendencias perfeccionistas.

La persona puede reaccionar a su miedo a la hiperglucemia manteniendo (demasiado) bajos sus niveles de glucosa en sangre, lo que supone un mayor riesgo de sufrir hipoglucemias leves o graves de forma recurrente. Esto, a su vez, aumenta la probabilidad de que la persona deje de ser consciente de los síntomas de la hipoglucemia (debido a su recurrencia) y aumenta el riesgo de sufrir las consecuencias adversas de episodios de hipoglucemia no detectados (p. ej., mientras está conduciendo o trabajando). Mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los objetivos y evitar al mismo tiempo la hipoglucemia y la hiperglucemia es una tarea difícil y, además, el miedo a la hipoglucemia y el miedo a la hiperglucemia pueden darse de manera simultánea.^{35,36} El continuo ajuste de los niveles de glucosa en sangre (es decir, la corrección constante de dichos niveles con insulina o comida adicionales) puede ser un signo de que exista un miedo intenso a la hipoglucemia/hiperglucemia.

Conocer el motivo o los motivos del miedo subyacente a la hiperglucemia te ayudará a brindarle un mejor apoyo a la persona.

Si el miedo se debe a la preocupación por desarrollar complicaciones a largo plazo, consulta el cuadro 4.4.

Si el miedo se debe a tener pocos conocimientos/habilidades en el manejo de la diabetes, quizá puedas ofrecerle formación adicional.

Si el miedo se debe a síntomas desagradables:

Aconséjale que haga un seguimiento de sus niveles de glucosa en sangre cuando perciba los síntomas.

- Intentad resolver juntos cómo puede manejar su percepción de esos síntomas desagradables (p. ej., teniendo a mano agua y chicles/caramelos sin azúcar).
- Anímale a que experimente con su capacidad para tolerar y ser resiliente cada vez que perciba esos síntomas desagradables utilizando afirmaciones de afrontamiento cognitivo, p. ej.: «Puede que esta sensación sea desagradable, pero yo puedo con ella. He sobrevivido a otras sensaciones desagradables, como [insertar uno o más ejemplos personales, p. ej., hambre, cansancio, un corte]».

Si la razón subyacente es que le preocupa la cetoacidosis diabética:

- Ofrécele información sobre cómo se produce la cetoacidosis diabética y cómo evitarla.
- Tranquilízale diciéndole que la cetoacidosis no se produce por casualidad.
- Explícale que puede manejar el riesgo con controles periódicos de glucemia y con autocuidados adecuados en caso de presencia de cuerpos cetónicos.

Si el miedo se debe a tendencias perfeccionistas:

- Explícale que no existen los niveles «perfectos» de glucosa en sangre y que las pequeñas fluctuaciones no tienen grandes repercusiones: lo que sí se sabe que es realmente importante para prevenir las complicaciones a largo plazo es el nivel medio de glucosa en sangre.
- Ofrécele «estrategias de afrontamiento» para ayudarle a que, con el tiempo, vaya cambiando sus creencias perfeccionistas; p. ej., ayúdale a superar las «simplificaciones excesivas» (pensar que todo es blanco o negro), a marcarse objetivos realistas para la diabetes y a reconocer que el autocuidado es un proceso, no un resultado.

Cuadro 4.4: Preocupación por las complicaciones a largo plazo

Las investigaciones han demostrado sistemáticamente que a las personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 les preocupa mucho desarrollar complicaciones graves.^{3,5} En efecto, la diabetes aumenta el riesgo de padecer complicaciones a largo plazo cuando los niveles de glucosa llevan mucho tiempo por encima de los objetivos.

Sin embargo, las personas con diabetes suelen sobrestimar el riesgo que tienen de desarrollar complicaciones,^{38,39} lo que puede generar un miedo tan intenso como innecesario. Las personas a las que les preocupa mucho desarrollar complicaciones también son más propensas a padecer malestar emocional, ansiedad y depresión.^{36,40}

La educación en diabetes se centra sobre todo en el riesgo de complicaciones a largo plazo. Esto puede desencadenar una preocupación intensa (y poco realista) especialmente en personas que no se sienten preparadas para mantener sus niveles de glucosa dentro de los objetivos recomendados. En comparación con dar información general sobre el riesgo, hablar del riesgo individualizado es más eficaz para ajustar las percepciones de riesgo de la persona y aumentar el compromiso con conductas saludables de autocuidado.

Además, en cuanto a las complicaciones, resulta más alentador y tiene más probabilidades de éxito evitar los mensajes «alarmantes» y centrarse en las estrategias para mantener la glucemia en rangos óptimos.

Para abordar las preocupaciones que la persona pueda tener sobre las complicaciones:

- Pregúntale por la o las complicaciones de la diabetes que más le preocupan.
- Profundiza en sus conocimientos, sus creencias sobre la gravedad de las complicaciones, su percepción del riesgo de desarrollar complicaciones y los sentimientos relacionados; p. ej., tener familiares con diabetes que tengan (o hayan tenido) complicaciones puede aumentar su percepción del riesgo de padecerlas. Saber esto te permitirá ofrecerle información individualizada y relevante sobre su riesgo real.
- Coméntale que las complicaciones de la diabetes:
 - Pueden evitarse, y que no todas las personas con diabetes las desarrollan.
 - No se desarrollan «de la noche a la mañana», y que no se tiene por qué preocupar por pequeños lapsus/ niveles de glucosa en sangre que, de vez en cuando, estén «fuera de los objetivos»; son los niveles de glucosa altos y persistentes (durante largos periodos de tiempo) lo que hace que tenga un mayor riesgo de desarrollar complicaciones.
- Explícale que:
 - Mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los objetivos evita que tenga hiperglucemias «por rebote» tras sufrir una hipoglucemia.
 - Mantener un nivel constante de hipoglucemia no le garantiza que vaya a evitar complicaciones a largo plazo.
- Tranquilízale diciéndole que, en los últimos años, el índice de complicaciones se ha reducido considerablemente gracias a tecnologías y a tratamientos de la diabetes más eficaces y modernos.
- Utiliza vuestra conversación para elaborar un plan de acción, p. ej., desarrollad juntos estrategias para prevenir complicaciones o mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los objetivos.

■ DERIVA

Si tomas la decisión de derivar, considera a un:

- Profesional de enfermería o de educación en diabetes para el manejo de la hipoglucemia, y para apoyo y educación general en diabetes (p. ej., revisar el control de la glucosa en sangre y las destrezas/técnicas de inyección).
- Especialista en endocrinología, para que revise el tratamiento diabetológico actual.
- Profesional especializado en salud mental (p. ej., de psicología o psiquiatría, preferiblemente con conocimientos de diabetes), si las estrategias de **AYUDA** no logran reducir su miedo a la hipoglucemia, o para tratar el trastorno de estrés postraumático causado por un episodio de hipoglucemia traumático que se haya quedado «sin elaborar».

Consulta el [capítulo 9](#) para orientarte sobre cómo preparar las derivaciones de salud mental y qué decirle a la persona con diabetes sobre los motivos por los que la derivas.



Si derivas a la persona a otro profesional sanitario, es importante:

- » que sigas viéndola después de haberla derivado para que tenga la seguridad de que sigues implicado en la continuidad de sus cuidados y
- » que estés en contacto permanente con el profesional para garantizar un enfoque coordinado.

■ ORGANIZA

En función del plan de acción y de si se necesita más apoyo, quizá sea necesario alargar las consultas o realizar un seguimiento más frecuente (p. ej., una vez al mes) hasta que la persona haya reducido su miedo a la hipoglucemia y se sienta más segura para mantener en el tiempo los cambios comportamentales. Anímla a concertar una cita de seguimiento contigo en el plazo que acordéis. Además de las citas presenciales, las llamadas telefónicas o los medios telemáticos pueden ser una forma práctica y útil de ofrecerle tu apoyo.

Debes prestar especial atención a las personas que hayan sufrido hace poco un episodio traumático de hipoglucemia a fin de evaluar tanto sus respuestas comportamentales como emocionales en las semanas posteriores al episodio.

En la cita de seguimiento, fórmale preguntas abiertas para conocer su evolución; p. ej.:

- «*La última vez hablamos de que le preocupaba sufrir una hipoglucemia. ¿Cómo lo está llevando?*».
- Indaga en sus preocupaciones y averigua si ha tenido algún episodio de hipoglucemia desde la última vez que os visteis, y si es así, analiza las circunstancias, los síntomas percibidos, las causas y sus acciones y sentimientos. Puedes continuar con: «*También hablamos de hacer algunos cambios en el manejo de la diabetes para reducir las hipoglucemias. ¿Qué tal le ha ido con eso?*». Averigua lo que le ha funcionado y lo que no, p. ej., obstáculos y preocupaciones.
- «*La última vez hablamos de que iría a una psicóloga para que le ayudara con su miedo a sufrir una hipoglucemia. ¿Le ha ido a usted bien con ella?*». Si no le ha ido bien, pregúntale qué otra cosa necesita.
- Si has utilizado previamente un cuestionario (p. ej., el HFS-II W), plantéate la posibilidad de administrarlo de nuevo para volver a evaluar su miedo a la hipoglucemia.



ESTUDIO DE CASO

IRENA

Mujer de 31 años. Se mudó de Grecia a España con su marido hace ya varios años.

Diabetes tipo 1 (diagnosticada hace 16 años) que maneja al menos con 4 inyecciones diarias de insulina.

Profesional sanitario: Dra. Ana Ferrán (endocrinóloga).

■ TEN EN CUENTA

Irena ha estado acudiendo a la consulta de Ana cada 3 meses. Han forjado una relación de colaboración y confianza, y se han estado centrando en optimizar el plan de manejo de la diabetes de Irena, ya que sus niveles diarios de glucosa y de HbA1c están por encima de los objetivos. Irena está muy motivada y dispuesta a escuchar los consejos de Ana para mejorar los resultados de la diabetes. Además, ha participado en un curso de educación diabetológica, que le ha resultado útil. Ambas han hablado de los pros y los contras de utilizar una bomba de insulina y medidor continuo de glucosa, pero Irena no quiere estar conectada a un dispositivo «las 24 horas del día»; cree que «le va bien» con su manejo de la diabetes desde que asistió al curso con la enfermera, por lo que no le preocupa desarrollar complicaciones a largo plazo. Ana se pregunta si la ausencia de mejora en los niveles de glucosa en sangre de Irena podrían deberse a cómo se siente respecto a su manejo de la diabetes.

■ PREGUNTA

En la siguiente cita, mientras Irena está esperando a entrar en la consulta, Ana la invita a cumplimentar el cuestionario de Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) y le explica lo siguiente: «*En los últimos meses nos hemos estado centrando en tu tratamiento de la diabetes, y te has esforzado mucho en mejorar el manejo. He pensado que estaría bien que habláramos de cómo te hace sentir la enfermedad. Este cuestionario enumera los problemas más habituales que tienen a diario las personas con diabetes. ¿Te parece bien si lo rellenas mientras esperas? Así luego lo hablamos cuando pases a verme*». Irena no tiene ningún problema en relleno.

■ EVALÚA

La mayoría de las puntuaciones de Irena en el PAID

se sitúan en el rango inferior (puntuaciones de 1 o 2). Puntúa con un 3 (problema moderado) tres ítems:

- «Preocuparse por las bajadas de glucosa»;
- «Sentir culpa o ansiedad cuando se desvía del plan de manejo de la diabetes»;
- «Sentirse “quemada”».

Ana le pregunta qué tal le ha ido con las preguntas del cuestionario e Irena contesta «no ha estado mal», pero Ana se percató que Irena evita el contacto visual y que está inquieta. Ana le dice: «*A lo mejor me equivoco, pero tengo la sensación de que te han alterado un poco las preguntas*», e Irena se echa a llorar. Ana le da algo de tiempo para que pueda expresar lo que siente, y le dice: «*Lo estás pasando mal. ¿Te gustaría hablar del tema?*». Hace una pausa para que Irena pueda reflexionar y responderle.

Irena le cuenta a Ana un grave episodio de hipoglucemia que tuvo hace unos años, y en el que sufrió un accidente mientras conducía y por el que tuvo que ser trasladada al hospital. Se recuperó bien y volvió a trabajar al cabo de 3 meses, pero el accidente le ha dejado secuelas. Irena:

- tiene pesadillas frecuentes en las que provoca un accidente y otras personas resultan heridas;
- sigue culpándose por no haberse tratado a tiempo la hipoglucemia que estaba a punto de tener;
- ha dejado de conducir, lo que afecta a su vida social y a su independencia;
- evita salir sola;
- tiene problemas conyugales debido a sus preocupaciones.

Al principio, su marido le apoyaba mucho, pero ahora él no entiende por qué no sigue adelante con su vida. También le disgusta tener que llevarla de un lado a otro con el coche.

Ana reconoce las repercusiones que ha tenido esa grave hipoglucemia para la vida de Irena durante tantos años, e investiga si ha reducido la dosis de insulina, lo que podría explicar sus altos niveles de glucosa en sangre. *«Algunas personas se administran menos insulina tras haber sufrido un accidente de esas características. ¿Has reducido la cantidad de insulina para evitar que te dé otra hipoglucemia grave?»*. Irena responde que, efectivamente, lleva mucho tiempo tomando menos insulina de la que necesita.

■ ACONSEJA

Ana le da las gracias a Irena por haberse sincerado con ella y le pregunta qué tal se siente ahora. *«Todas las veces que he venido a verte he querido contarte lo del accidente, pero es que no podía. Me da muchísimo miedo cuando veo esas cifras tan altas en el glucómetro, pero también me aterra tener otro accidente»*. Ana le pregunta si le parece buen momento para hablar de los recursos que tiene a su disposición para superar el trauma.

■ AYUDA

Ana le pregunta si se ha planteado acudir al psicólogo para que le ayude a procesar el trauma y a superar su miedo a la hipoglucemia. Irena se lo ha planteado, pero no sabe por dónde empezar. Ana le sugiere que se ponga en contacto con su MF para que le asesore y la derive a un psicólogo.

■ ORGANIZA

Ambas acuerdan cuándo tendrá lugar la siguiente consulta. Ana le explica que, mientras Irena esté yendo al psicólogo, irán elaborando juntas un plan de manejo de la diabetes que sea tanto «seguro» como factible para Irena. En el futuro, hablarán sobre cuál es la mejor manera de reducir esas cifras tan altas sin aumentar el riesgo de sufrir una hipoglucemia, pero la prioridad ahora es que supere ese miedo, ya que, de no ser así, se convertirá en un obstáculo importante a la hora de realizar cualquier cambio en su plan de cuidados de la diabetes.



ESTUDIO DE CASO

AARÓN

Varón de 25 años, que vive con su mujer, Marta, y su hija de un año, Laura

Diabetes tipo 1 (diagnosticada hace 20 años). Suele inyectarse insulina 4 veces al día y se controla la glucemia al menos 10 veces al día. Su HbA1c oscila entre 5,9% y 6,4%

Profesionales sanitarios: Dr. Pablo Cantero (endocrinólogo) y Esteban Pintor (educador en diabetes)

■ TEN EN CUENTA

Aarón está muy motivado y bien informado sobre la diabetes, pero al Dr. Cantero le preocupan sus frecuentes episodios de hipoglucemia (una media de 10 episodios a la semana que puede autotratarse). Sabe que Aarón se pincha muchas veces el dedo a diario y que suele inyectarse insulina extra para bajar los niveles de glucosa en sangre. El mes pasado, Aarón tuvo una hipoglucemia grave mientras hacía surf con unos amigos y tuvo que rescatarlo un socorrista. El endocrino lo ha derivado a Esteban, uno de los educadores en diabetes del equipo, para que revise su plan de manejo de la diabetes y así reducir la frecuencia de las hipoglucemias.

■ PREGUNTA

Esteban recibe a Aarón y a su esposa Marta en la consulta. Le pregunta a Aarón el motivo de su visita, a lo que este responde: «No sé; el Dr. Cantero me pidió que viniera a verle, pero todo va bien: mi última HbA1c fue del 6,1 % y mis análisis estaban bien». Marta, visiblemente descontenta con la respuesta de Aarón, le cuenta a Esteban que sufrió una hipoglucemia grave mientras surfeaba y que tiene al menos 1 hipoglucemia al día. Aarón le replica: «No es para tanto, está dentro de lo esperable... No te preocupes, yo sé lo que me hago».

Esteban le pregunta a Aarón por sus antecedentes de hipoglucemia y por el episodio grave de hace poco, y descubre que:

- El incidente de surf no ha sido su primera hipoglucemia grave de este año. Marta, su esposa, le trató con glucagón la última hipoglucemia grave que tuvo en casa.

- Antes de salir de casa, Aarón se ha medido el nivel de glucosa en sangre, que era de 67 mg/dl. Sabe que la mayoría de la gente lo consideraría «demasiado bajo».
- Aarón suele hacer surf con un nivel bajo de glucosa en sangre: «Normalmente no pasa nada. Llevo carbohidratos conmigo y, en cuanto noto que me baja el azúcar, como un poco».
- Esa vez, Aarón no reaccionó cuando sintió que le estaban bajando los niveles de glucosa: «Sabía que me estaba bajando el nivel de azúcar en sangre, pero no me molesté en salir del agua para comer... Fue una estupidez por mi parte».
- Aarón se siente «mejor cuando mi nivel de azúcar está entre 65 y 135». Le molesta que la glucemia supere los 140 mg/dl y se pone «unas cuantas unidades [de insulina] para que baje».

Esteban también le pregunta a Marta cómo se siente, a lo que le responde que:

- está muy preocupada porque Aarón está teniendo demasiados «bajones»;
- teme que a Aarón le dé una hipoglucemia cuando esté a solas con su hija Laura y que no pueda cuidar de ella o que incluso se le pueda caer;
- sabe que Aarón conduce con niveles bajos de glucosa en sangre (por debajo de 70 mg/dl) y tiene miedo de que tenga un accidente con Laura en el coche;
- le frustra que Aarón le reste importancia a lo preocupada que está.

Esteban se plantea que probablemente a Aarón le preocupe más sufrir una hiperglucemia que una hipoglucemia y que quizás esté evitando niveles de glucosa

en sangre superiores a 150 mg/dl tomando más insulina de la necesaria.

Esteban sigue intentando averiguar porqué Aarón mantiene los niveles de glucosa en sangre dentro de unos márgenes tan estrechos: «Aarón, parece que es muy importante para ti mantener el nivel de glucosa en sangre por debajo de 140. ¿Me podrías contar un poco más al respecto?».

Aarón le dice que:

- no quiere que la diabetes le impida hacer surf y le arruine su carrera;
- está dispuesto a hacer lo que sea para evitar las complicaciones a largo plazo, ya que se interpondrían en sus planes;
- está contento con cómo está manejando la diabetes en este momento y siente «que controla»;
- hoy ha prestado atención a las preocupaciones de Marta, pero reconoce que había estado evitando hablar de ese tema con ella;
- quiere que Marta confíe en que es capaz de cuidar de su bebé.

■ ACONSEJA

Esteban reconoce ante ellos todo el esfuerzo que hace Aarón por manejar la diabetes y lo preocupada que está Marta por el bienestar de su familia. Aunque sabe que Aarón está bien informado sobre su enfermedad, les reitera a los dos lo siguiente:

- la hipoglucemia podría ocasionarle daños cerebrales y dificulta tratar a tiempo las bajadas de glucosa en sangre;

- es relativamente bajo el riesgo real que tiene de sufrir complicaciones, a juzgar por sus resultados de HbA1c y sus revisiones anuales;
- las consecuencias de «vivir al límite» con la hipoglucemia.

■ AYUDA

Esteban reconoce ante ellos que no les ha resultado fácil hablar del tema. Sin embargo, ambos se alegran de que Esteban se haya molestado en hacerles esas preguntas porque no habrían podido hablarlo así en casa. Esteban se percató de que las palabras de Marta han hecho mucha mella en Aarón.

Esteban les da algunas estrategias para que la pareja pueda encontrar «un punto medio» en el que reducir el miedo de Aarón a la hiperglucemia y el miedo de Marta a la hipoglucemia de Aarón. También les sugiere que escriban por separado qué tipo de apoyo les resultaría más útil a cada uno y que luego lo hablen conjuntamente y acuerden un plan realista para apoyarse mutuamente.

■ ORGANIZA

Esteban sugiere que Aarón y Marta se tomen un tiempo para pensar en lo que se ha dicho hoy y que los tres se reúnan de nuevo en 2 semanas para ver cómo han ido las cosas. Aarón y Marta están de acuerdo

Recursos



Para profesionales sanitarios

Bibliografía revisada

» **Fear of hypoglycemia in adults with type 1 diabetes: impact of therapeutic advances and strategies for prevention – a review**

Descripción: Esta revisión resume la investigación relacionada con el miedo a la hipoglucemia, examinando la influencia de los tratamientos, la tecnología y las intervenciones actuales, y sus implicaciones para la práctica y la investigación.

Fuente: Martyn-Nemeth P, Farabi SS, et al. Journal of Diabetes and its Complications. 2016;30:167-177.

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26439754

» **Impact of severe hypoglycaemia on psychological outcomes in adults with Type 2 diabetes: a systematic review**

Descripción: Esta revisión sistemática proporciona una síntesis de los hallazgos de la investigación, mostrando que la hipoglucemia grave se asocia con un mayor miedo a la hipoglucemia y una disminución del bienestar emocional, el estado de salud y la calidad de vida específica de la diabetes en adultos con diabetes tipo 2.

Fuente: Hendrieckx C, Ivory N, et al. Diabetic Medicine. 2019;36:1082-1091.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.14067

» **Managing hypoglycaemia in diabetes may be more fear management than glucose management: a practical guide for diabetes care providers**

Descripción: Este documento describe estrategias que pueden integrarse en la atención habitual para apoyar a las personas con diabetes y miedo a la hipoglucemia.

Fuente: Vallis M, Jones A, et al. Current Diabetes Reviews. 2014;10:364-370.

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25394991

tions for treatment of type 1 diabetes complicated by problematic hypoglycaemia

Descripción: Revisión de la evidencia actual y recomendaciones de estrategias para la hipoglucemia problemática en personas con diabetes tipo 1.

Fuente: Choudhary P, Rickels MR, et al. Diabetes Care. 2015;38:1016-1029.

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25998294

» **How has psycho-behavioral research advanced our understanding of hypoglycemia in type 1 diabetes?**

Descripción: Este artículo describe cómo la investigación psico-conductual de los últimos 25 años ha aportado nuevos conocimientos sobre el bienestar emocional, los factores de riesgo y las estrategias de intervención relacionadas con la hipoglucemia en la diabetes tipo 1.

Fuente: Hendrieckx C, Gonder-Frederick L, et al. Diabetic Medicine. 2020;37:409-417.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14205

» **Proceso Asistencial Integrado (PAI) para Hipoglucemias en personas con Diabetes tipo 2.**

Descripción: Documento avalado por numerosas sociedades científicas que define el conjunto de actividades que contribuyen a prevenir los episodios de hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2 que reciben tratamiento susceptible de causar estos episodios.

Fuente: Grupo de trabajo para la elaboración del PAI para hipoglucemias en personas con DM2. 2016.

URL: redgdps.org/gestor/upload/PAI_hipoglucemias.pdf

Evidence-informed clinical practice recommenda-



Para personas con diabetes

Selecciona **uno** o **dos** recursos que sean más relevantes y apropiados para la persona.

Proporcionar la lista completa tiene más probabilidades de abrumar que de ayudar.

Apoyo

> Asociaciones de diabetes

Descripción: A través del sitio web de la FEDE (Federación Española de Diabetes) es posible buscar y acceder (por comunidad autónoma o por provincia) a federaciones y asociaciones de personas con diabetes. La mayoría de asociaciones ofrecen charlas/talleres, acceso a otras personas con diabetes, ayuda psicológica profesional, reuniones de grupos de apoyo, etc.

Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE)

URL: fedesp.es/

> Apoyo entre iguales

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre las oportunidades de apoyo entre iguales. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

> Las hipos importan

Descripción: Sitio web del estudio internacional TALK-HYPO dirigido a personas con diabetes y a sus familiares centrado en los beneficios de abordar los temores, sentimientos o experiencias relacionados con las hipos. Incluye vídeos y sugerencias para “romper el hielo” y hablar de estas preocupaciones.

Fuente: Novo Nordisk, FEDE y Fundación para la Diabetes.

URL: lashiposimportan.com/

Información

> Miedo a la hipoglucemia

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre el miedo a la hipoglucemia. Incluye propuestas que la persona puede probar para reducir su miedo y ofrece sugerencias de apoyo e información adicionales. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED

Fuente: NDSS y SED, 2023.

Referencias

1. Gonder-Frederick L. Fear of hypoglycemia: a review. *Diabetic Hypoglycemia*. 2013;5(3):3-11.
2. Graveling AJ, Frier BM. Hypoglycaemia: An overview. *Primary Care Diabetes*. 2009;3(3):131-9.
3. Snoek FJ, Pouwer F, et al. Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients: cross-cultural validity of the Problem Areas in Diabetes scale. *Diabetes Care*. 2000;23(9):1305-9.
4. Nicolucci A, Kovacs Burns K, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30(7):767-77.
5. Speight J, Browne JL, et al. Diabetes MILES – Australia 2011 Survey Report. *Diabetes Australia: Canberra*; 2011.
6. Anderbro T, Gonder-Frederick L, et al. Fear of hypoglycemia: relationship to hypoglycemic risk and psychological factors. *Acta Diabetologica*. 2014;52(3):581-9.
7. Anderbro T, Amsberg S, et al. Fear of hypoglycaemia in adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2010;27(10):1151-8.
8. Gold AE, Macleod KM, et al. Frequency of severe hypoglycemia in patients with type 1 diabetes with impaired awareness of hypoglycemia. *Diabetes Care*. 1994;17(7):697-703.
9. Polonsky WH, Davis CL, et al. Correlates of hypoglycemic fear in type I and type II diabetes mellitus. *Health Psychology*. 1992;11(3):199-202.
10. Irvine AA, Cox D, et al. Fear of hypoglycemia: relationship to physical and psychological symptoms in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*. 1992;11(2):135-8.
11. Nixon R, Pickup JC. Fear of hypoglycemia in type 1 diabetes managed by continuous subcutaneous insulin infusion: is it associated with poor glycaemic

- control? *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2011;13(2):93-8.
12. Tak-Ying Shiu A, Yee-Man Wong R. Fears and worries associated with hypoglycaemia and diabetes complications: perceptions and experience of Hong Kong Chinese clients. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(2):155-63.
 13. Hajós TR, Polonsky WH, et al. Toward Defining a Cutoff Score for Elevated Fear of Hypoglycemia on the Hypoglycemia Fear Survey Worry Subscale in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(1):102-8.
 14. UK Hypoglycaemia Study Group. Risk of hypoglycaemia in types 1 and 2 diabetes: effects of treatment modalities and their duration. *Diabetologia*. 2007;50(6):1140-7.
 15. Martyn-Nemeth P, Farabi SS, et al. Fear of hypoglycemia in adults with type 1 diabetes: impact of therapeutic advances and strategies for prevention – a review. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2016;30(1):167-77.
 16. Hendrieckx C, Ivory N, et al. Impact of severe hypoglycaemia on psychological outcomes in adults with Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*. 2019;36(9):1082-91.
 17. Jørgensen HV, Pedersen-Bjergaard U, et al. The Impact of Severe Hypoglycemia and Impaired Awareness of Hypoglycemia on Relatives of Patients With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(4):1106-9.
 18. Vallis M, Jones A, et al. Managing Hypoglycemia in Diabetes May Be More Fear Management Than Glucose Management: A Practical Guide for Diabetes Care Providers. *Current Diabetes Reviews*. 2014;10(6):364-70.
 19. Leiter LA, Yale J-F, et al. Assessment of the Impact of Fear of Hypoglycemic Episodes on Glycemic and Hypoglycemia Management. *Canadian Journal of Diabetes*. 2005;29(3):186-92.
 20. Hepburn DA, Deary IJ, et al. Structural equation modeling of symptoms, awareness and fear of hypoglycemia, and personality in patients with insulin-treated diabetes. *Diabetes Care*. 1994;17(11):1273-80.
 21. Wild D, von Maltzahn R, et al. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: implications for diabetes management and patient education. *Patient Education and Counseling*. 2007;68(1):10-5.
 22. Barendse S, Singh H, et al. The impact of hypoglycaemia on quality of life and related patient-reported outcomes in type 2 diabetes: a narrative review. *Diabetic Medicine*. 2012;29(3):293-302.
 23. Cox DJ, Irvine A, et al. Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization. *Diabetes Care*. 1987;10(5):617-21.
 24. Böhme P, Bertin E, et al. Fear of hypoglycaemia in patients with type 1 diabetes: do patients and diabetologists feel the same way? *Diabetes & Metabolism*. 2013;39(1):63-70.
 25. Tak-Ying Shiu A, Yee-Man Wong R. Fear of hypoglycaemia among insulin-treated Hong Kong Chinese patients: implications for diabetes patient education. *Patient Education and Counseling*. 2000;41(3):251-61.
 26. Graveling AJ, Frier BM. Impaired awareness of hypoglycaemia: a review. *Diabetes & Metabolism*. 2010;36(Suppl 3):S64-74.
 27. Rogers HA, de Zoysa N, et al. Patient experience of hypoglycaemia unawareness in type 1 diabetes: are patients appropriately concerned? *Diabetic Medicine*. 2011;29(3):321-7.
 28. Speight J, Barendse S, et al. Cognitive, behavioural and psychological barriers to the prevention of severe hypoglycaemia: A qualitative study of adults with type 1 diabetes. *SAGE Open Medicine*. 2014;2:1-10.
 29. Fu AZ, Qiu Y, et al. Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Current Medical Research and Opinion*. 2009;25(6):1413-20.
 30. Gonder-Frederick LA, Schmidt KM, et al. Psychometric Properties of the Hypoglycemia Fear Survey-II for Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(4):801-6.
 31. Davies M, Dempster M, et al. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabetic Medicine*. 2006;23(8):917-19.
 32. Lawton J, Rankin D, et al. Self-treating hypoglycaemia: a longitudinal qualitative

- investigation of the experiences and views of people with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30(2):209-15.
33. Cox DJ, Gonder-Frederick L, et al. Blood Glucose Awareness Training: What Is It, Where Is It, and Where Is It Going? *Diabetes Spectrum*. 2006;19(1):43-9.
34. Abdelhafiz AH, Rodriguez-Mañas L, et al. Hypoglycemia in Older People – A Less Well Recognized Risk Factor for Frailty. *Aging and Disease*. 2015;6(2):156-67.
35. Singh H, Gonder-Frederick L, et al. Assessing hyperglycemia avoidance in people with type 1 diabetes. *Diabetes Management*. 2014;4(3):263-71.
36. Olsen SE, Åsvold BO, et al. Hypoglycaemia symptoms and impaired awareness of hypoglycaemia in adults with type 1 diabetes: the association with diabetes duration. *Diabetic Medicine*. 2014;31(10):1210-7.
37. Basco MR. Perfectionism and diabetes care. *Diabetes Spectrum*. 1998;11(1):43-8.
38. Asimakopoulou KG, Fox C, et al. The impact of different time frames of risk communication on type 2 diabetes patients' understanding and memory for risk of coronary heart disease and stroke. *Diabetic Medicine*. 2008;25(7):811-7.
39. Meltzer D, Egleston B. How patients with diabetes perceive their risk for major complications. *Effective Clinical Practice*. 2000;3(1):7-15.
40. Hajos TR, Polonsky WH, et al. Do physicians understand type 2 diabetes patients' perceptions of seriousness; the emotional impact and needs for care improvement? A cross-national survey. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(2):258-63.

«Solía pensar que si tenía que ponerme insulina me sentiría como una fracasada, que eso sería señal de que no me estaba cuidando bien; pero me ayudó mucho recibir el apoyo de otras personas en la misma situación porque escucharlas hablar de la insulina y leer sobre el tema me ayudó a cambiar de parecer. Empecé a pensar que necesitar insulina era la evolución natural».

Persona con diabetes tipo 2



Capítulo 5

Barreras psicológicas a la utilización de insulina



Mensajes clave

- Las barreras psicológicas para la administración de insulina son los pensamientos o sentimientos negativos que las personas con diabetes pueden tener respecto al inicio, administración o intensificación de la insulina^a.
- Aproximadamente una de cada cuatro personas con diabetes tipo 2 a las que se les ha prescrito insulinoterapia afirma no estar «en absoluto dispuesta» a comenzarla.
- Las personas que ya usan insulina a veces suelen ser reacias a optimizarla o aumentarla (si bien no se dispone de datos de prevalencia). Una de cada diez personas con diabetes tipo 2 que se administra inulina no está satisfecha con su uso.
- Las barreras psicológicas pueden estar asociadas al retraso, la reducción o la interrupción de la insulinoterapia, lo que puede derivar en niveles subóptimos de glucosa en sangre y en un mayor riesgo de desarrollar complicaciones por la diabetes.
- La escala de Valoración del Tratamiento con Insulina o ITAS (por sus siglas en inglés, *Insulin Treatment Appraisal Scale*) es un cuestionario breve que sirve para identificar las barreras psicológicas para la administración de insulina.
- Existen pocos datos empíricos respecto a cuál es la mejor manera de minimizar las barreras psicológicas para la administración de insulina. Las recomendaciones basadas en la experiencia clínica hacen hincapié en que hay que anticiparse a las barreras psicológicas y reconocerlas y, luego, trabajar junto con la persona en el desarrollo de estrategias para superarlas.



Puntos a tener en cuenta

- Ayuda a la persona a conocer mejor el curso natural y la naturaleza progresiva de la diabetes tipo 2, así como la probabilidad de que su tratamiento cambie con el tiempo. Insístele en que, el hecho de necesitar insulina, no significa que haya «fracasado» y que la insulina tan solo es la mejor opción para satisfacer las necesidades de su organismo.
- Ten en cuenta que tanto las personas que se administran insulina como las que todavía no lo hacen experimentan barreras psicológicas al respecto. A cada una le preocupará una cosa distinta, por lo que, en lugar de hacer suposiciones, pregúntales qué les preocupa exactamente.
- Vigila los signos de barreras psicológicas para la administración de insulina, sobre todo cuando el HbA1c de la persona lleva algún tiempo por encima de los objetivos y no hay signos de que esté preparada para pasarse a la insulina o para aumentar la dosis.

^a Este capítulo se centra principalmente en las preocupaciones de las personas con diabetes tipo 2. Las preocupaciones de las personas con diabetes tipo 1 se tratan en «Miedo a la hipoglucemia (y otros miedos específicos de la diabetes)» ([capítulo 4](#)).

¿Son muy frecuentes las barreras psicológicas para la utilización de insulina?



Diabetes tipo 2 (sin insulina)^{a,1}



Diabetes tipo 2 (con insulina)^{b,2}

¿Qué es barreras psicológicas a la utilización de insulina?

Las personas con diabetes tipo 2 pueden tener pensamientos o sentimientos negativos respecto al inicio, administración o aumento de la insulina³, lo que también se conoce como «resistencia psicológica a la insulina» o «percepciones negativas de la insulina».

Las preocupaciones en torno a la insulina entre las personas con diabetes tipo 2 se pueden agrupar en cinco temas principales:⁴⁻⁹

- Preocupaciones respecto a los medicamentos (p. ej., dudas sobre su eficacia; dependencia de la insulina) y a sus posibles efectos secundarios (p. ej., aumento de peso, hipoglucemia).
- Temores relacionados con las inyecciones (p. ej., miedo a las inyecciones, a las agujas o al dolor; experiencias dolorosas, hematomas, cicatrices o sensibilidad provocados por las inyecciones).
- Falta de confianza/habilidades (p. ej., en su capacidad para autoadministrarse la insulina, para hacer frente a una pauta compleja, para inyectarse en público).
- Repercusiones en su autopercepción y valoración de su vida (p. ej., sentimientos de fracaso personal o de culpa por necesitar insulina, inyecciones que interfieren en las actividades cotidianas; estigma social).
- Temores sobre la evolución de la diabetes (p. ej., la insulina como señal de que la diabetes está «empeorando», la insulina como «último recurso», la falsa creencia de que la insulina provoca complicaciones de la diabetes).



Es posible que la persona con diabetes conozca los beneficios de la insulina y que, aun así, siga inquieta y preocupada por su uso.

La preocupación por el uso de la insulina puede:

- retrasar el paso de la medicación oral a la insulinoterapia;
- hacer que la persona se salte algunas inyecciones o que deje la insulina.³

Esto repercute en los resultados médicos y psicológicos, entre los que se incluyen:¹⁰⁻¹⁴

- niveles de glucosa (incluida la HbA1c) por encima de los objetivos recomendados durante periodos prolongados, lo que conlleva un mayor riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo;
- menor satisfacción con el tratamiento;
- deterioro de la calidad de vida;
- aumento de la carga/los costes para la persona y el sistema sanitario.



Para algunas personas, los inyectables no insulínicos pueden ser una alternativa a la insulina (ver cuadro 5.1).

^a El 17,2 % de las personas con diabetes tipo 2 a las que se les prescribió insulinoterapia afirmó no estar «en absoluto dispuesto/a» a utilizarla y casi el 35% se mostró ambivalente («no muy dispuesto/a» a utilizarla).

^b El 10 % de las personas con diabetes manifiestan estar insatisfechas con la insulinoterapia. Nota: la muestra incluía a personas con diabetes tipo 1 (n=180) y tipo 2 (n=1350), pero no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a su insatisfacción con la insulinoterapia.

Cuadro 5.1: ¿Existen otras terapias inyectables?

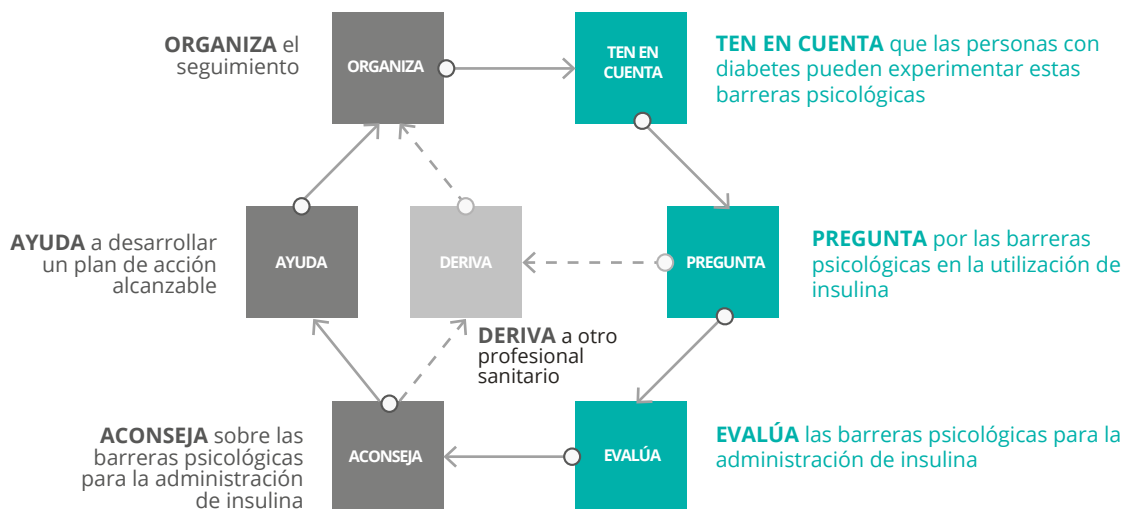
Por lo general, las personas con diabetes tipo 2 prefieren los comprimidos a la insulina.¹⁵ En los últimos años, han aparecido nuevos fármacos inyectables (no insulínicos). Al igual que la insulina, los fármacos basados en la incretina (p. ej., el aGLP-1) reducen la glucosa en sangre y se deben inyectar, pero tienen la ventaja de un menor riesgo de provocar hipoglucemias y de disminuir el peso. En ensayos clínicos, las personas con diabetes tipo 2 que usan aGLP-1 se muestran más satisfechas con el tratamiento y con su calidad de vida que las que usan insulina.¹⁶ Es posible que los beneficios percibidos de los aGLP-1 superen las deficiencias percibidas de las inyecciones.¹⁶ Se necesitan más investigaciones al respecto para evaluarlo en la práctica clínica. Debes tener en cuenta que los fármacos aGLP-1 pueden estar contraindicados para algunas personas.

El modelo de los "7 PASOS": barreras psicológicas para la administración de insulina

Este modelo dinámico propone un proceso de 7 pasos que se puede aplicar en la práctica clínica. El modelo consta de dos fases:

- ¿Cómo identifico las barreras psicológicas para la administración de insulina?
- ¿Cómo puedo ayudar a una persona que tenga barreras psicológicas para la administración de insulina?

Aplica el modelo de manera flexible dentro de un enfoque asistencial centrado en la persona. Puedes acceder a un resumen del modelo de los 7 pasos en el apartado "Cómo utilizar esta guía práctica y las herramientas".



¿Cómo identifico las barreras psicológicas para la administración de insulina?

■ TEN EN CUENTA

La persona con barreras psicológicas para la administración de insulina puede mostrarlo: ^{3,17,18}

- Evitando o mostrándose reacia a comenzar, aumentar o hablar de la insulino terapia.
- Expresando su preocupación o alterándose cada

vez que se le sugiere que comience o aumente la insulino terapia.

- Mostrando preocupación por las inyecciones o por los posibles efectos secundarios de la insulina (p. ej., la complejidad de la técnica de inyección, repercusiones en su estilo de vida, su autopercepción y la de los demás, aumento de peso).

- Intentando «negociar» con «llevar mejor» su plan de manejo actual para mejorar los resultados de la diabetes.
- «Abandonando» (p. ej., faltando a las citas, utilizando menos recetas de insulina).
- Mostrándose despreocupada o poco interesada en el manejo de la diabetes.
- Hablando de dejar la insulina (ahora o en el futuro).
- Utilizando la insulina de manera incorrecta (p. ej., saltándose dosis o poniéndose dosis inferiores a las recomendadas) o dejando por completo la insulina.

Puede que a algunas personas les dé vergüenza hablar de las preocupaciones que les suscita la insulino-terapia. En el cuadro 5.2 se muestran los comentarios más habituales.

■ PREGUNTA

Formúlele preguntas abiertas a la persona durante la consulta para averiguar cuáles son sus creencias y preocupaciones respecto a la insulina. Puedes hacérselas:

- poco después de que haya recibido el diagnóstico de diabetes tipo 2;
- cuando notes signos de preocupación o inquietud por la insulino-terapia (ver **TEN EN CUENTA**);
- si tiene un nivel subóptimo de HbA1c a pesar de estar tomando el máximo (o casi) de medicamentos orales;



Si es la primera vez que le vas a hacer alguna de las siguientes preguntas, asegúrate antes de que la persona entiende que la diabetes es una enfermedad progresiva y que es probable que necesite insulina en el futuro. Plantéale la insulino-terapia como una posible opción de tratamiento lo antes posible (poco después del diagnóstico). Sigue hablando del tema cuando observes signos de barreras psicológicas para la administración de insulina o cuando la persona se muestre preocupada al respecto.

Cuadro 5.2: Comentarios que indican la existencia de posibles barreras psicológicas para la utilización de insulina

«Me preocupa no poder dejar nunca la insulina».

«Ponerte insulina significa que tienes más riesgo de sufrir hipoglucemias».

«Se acabó la espontaneidad».

«No es justo; me he esforzado mucho con la dieta, el ejercicio y la medicación».

«Que necesite insulina significa que no he manejado bien la diabetes: he fracasado, hasta aquí hemos llegado».

«Mi gente se va a preocupar mucho por mí».

«No me gustan las agujas».

«Que tenga que ponerme insulina significa que la diabetes ha empeorado».

«Ponerme insulina es demasiado complicado, me supera; nunca aprenderé a inyectarme ni a ponerme la dosis correcta».

«Puedo mejorar sin insulina mis niveles de glucosa en sangre/HbA1c. Solo necesito que me dé algo más de tiempo para mejorarlos, perder peso, hacer más ejercicio, etc.»

«La insulina no me va a ayudar con la diabetes; la insulina no trae nunca nada bueno».

«La diabetes no ha mejorado desde que empecé con la insulina, pero sí que he ganado un montón de peso».

P. ej., podrías preguntarle lo siguiente a una persona que aún no esté administrándose insulina:

«¿Qué opina usted sobre la posibilidad de administrarse insulina [ahora o en el futuro]? ¿Podría hablarme un poco más del tema?»

«¿Tiene usted alguna duda sobre la insulina?»

«¿Cómo cree que puede afectar la insulina a su salud y a su estilo de vida?»

«¿Qué beneficios cree que le podría aportar el uso de insulina?»

«¿Qué desventajas cree que podría tener para Ud. el uso de insulina?»

«A algunas personas les preocupa el tema de la insulina. ¿A Ud. le preocupa? ¿Cuál es su principal preocupación?»

«¿Qué le han contado otras personas con diabetes que se administran insulina?»

Y podrías preguntarle lo siguiente a una persona que actualmente se esté administrando insulina:

«Hábleme de su experiencia con la insulina. ¿Qué tal le está yendo?»

«¿Qué piensa de la insulinoterapia?»

«¿Le preocupa el tema de la insulina? ¿Cuál es su principal preocupación?»

«¿Tiene usted alguna duda sobre la insulina?»

«¿De qué manera la insulina le hace a usted [la vida/la diabetes] más fácil?»

«¿Cómo la insulina le hace a usted [la vida/la diabetes] más difícil?»

«¿Qué ventajas ha notado con la administración de insulina?»

«¿Qué desventajas ha notado con la administración de insulina?»



Es importante determinar si las preocupaciones de la persona están relacionadas únicamente con la insulina o con la diabetes en general (ver capítulo 3). Para explorar sus inquietudes más generales sobre la diabetes, podrías preguntarle, p. ej.: «Para Ud., ¿qué es lo más difícil de tener diabetes? ¿Podría contarme más al respecto?».¹⁹

Si te indica que le preocupa la administración de insulina, quizá sería conveniente profundizar algo más en ello (ver **EVALÚA**). El uso de un cuestionario validado os ayudará a los dos a detectar las barreras que no se hayan planteado durante vuestra conversación y, lo que es más importante, también te dará un punto de referencia para hacer un seguimiento en el tiempo de sus barreras para la administración de insulina.

No obstante, debes emplear un cuestionario únicamente si se dispone de tiempo durante la consulta para hablar de las puntuaciones obtenidas y analizar con la persona lo que habría que hacer para abordar las preocupaciones que se hayan detectado en cuanto a la insulina. Consulta el [capítulo 1](#) (Comunicación y Compromiso) para obtener más información sobre el uso de cuestionarios en la práctica clínica.

■ EVALÚA

Cuestionario validado

La escala de Valoración del Tratamiento con insulina o ITAS, por sus siglas en inglés *Insulin Treatment Appraisal Scale*, consta de 20 ítems y es el instrumento más utilizado para medir las barreras psicológicas para la administración de insulina.²⁰ La versión en español de la escala ITAS está incluida en la guía práctica de cuestionarios y escalas disponible en el sitio web de la SED.^{21,22}

Cada ítem se puntúa en una escala de valoración de cinco puntos, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Los ítems forman dos subescalas:

- **Percepción positiva de la insulina** (ítems 3, 8, 17 y 19): las puntuaciones más altas indican actitudes más positivas hacia la insulina.
- **Percepción negativa de la insulina** (el resto de ítems): las puntuaciones más altas indican actitudes más negativas hacia la insulina.

No hay un punto de corte recomendado que indique la presencia o la ausencia de barreras psicológicas para la administración de insulina.

Las puntuaciones totales de las subescalas pueden servir para evaluar cambios en el tiempo. Las respuestas a los ítems individuales sirven para encauzar la conversación sobre la administración de insulina y para entender y abordar las preocupaciones que tenga la persona.

Invítale a que vaya explorando sus preocupaciones (actitudes negativas) respecto a la insulina mientras habláis de sus respuestas al cuestionario, p. ej.: «*Por lo que veo, le preocupa [tal tema]. ¿Puede contarme algo más al respecto?*». Si a la persona le preocupa más de una cosa, pregúntale qué cosas le preocupan más: «*Parece que le preocupan varias cosas respecto a la insulina. ¿Cuál de ellas le resultaría más útil que abordáramos hoy?*».

Otras consideraciones

Toma conciencia y explora otros factores que puedan estar contribuyendo a sus preocupaciones en cuanto a la administración de insulina, como, p. ej.:²³⁻²⁸

› la complejidad de su actual medicación, a la que ha de sumarle la insulina (p. ej., otros medicamentos, el número de dosis diarias);

- › factores culturales (p. ej., creencias sobre la salud, barreras lingüísticas, su nivel de confianza en el sistema sanitario y en los tratamientos);
- › alfabetización en salud (ver [capítulo 1](#));
- › cualquier deterioro o discapacidad física y mental (p. ej., pérdida de visión o audición, destreza manual, memoria, función cognitiva);
- › costes (p. ej., la insulina en sí y todo el material relacionado, citas médicas);
- › habilidades prácticas (p. ej., planificación, resolución de problemas);
- › las creencias y actitudes de su pareja, sus familiares y su red social más amplia.



¿Cómo puedo ayudar a una persona con barreras psicológicas para la utilización de insulina?

■ ACONSEJA

Habla con la persona de la insulina y su función en el manejo de la diabetes (relacionándolo todo con sus respuestas al ITAS, si se ha administrado):

- › Muéstrole las barreras concretas que haya mencionado (ver **PREGUNTA** y **EVALÚA**).
- › Reconoce que es normal tener dudas y preocupaciones.
- › Tranquilízale diciéndole que necesitar insulina no significa que haya «fracasado».
- › Coméntale que muchas personas necesitan insulina como parte de la evolución natural de la diabetes.
- › Dile que las personas que usan insulina le encuentran muchas ventajas porque:
 - es una forma muy eficaz de mantener la glucosa en sangre dentro de un rango óptimo para evitar complicaciones a largo plazo;
 - permite una mayor flexibilidad con los alimentos y la planificación de las comidas;
 - aumenta sus niveles de energía.
- › Coméntale que habitualmente se suele comenzar a

administrar insulina con 1 o 2 inyecciones al día.

- › Déjale claro que es decisión suya administrarse o no insulina y que estarías encantado de ayudarle a tomar una decisión informada.
- › Dale la oportunidad de hacer preguntas.
- › Elaborad un plan conjunto sobre «los siguientes pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir y con la ayuda de quién).



Elige bien tus palabras. Si la persona ve la insulina como una amenaza velada, o asocia la insulina a un sentimiento de «fracaso», es posible que quiera seguir negociando para retrasar su administración. Quizá piense que no la va a necesitar si puede «mejorar un poco» con su plan de manejo actual, cosa que es poco probable. Si deseas obtener más información sobre cómo influye nuestra forma de hablar (puedes ver más sobre la utilización del lenguaje en el [capítulo 1](#) de este mismo manual).

Siguiente paso: ¿AYUDA o DERIVA?

Dado que las barreras psicológicas para la administración de insulina son tan frecuentes y están tan interrelacionadas con el manejo de la diabetes, es mejor que las aborde un profesional sanitario especializado en diabetes (o MF si es el profesional sanitario principal). Si tienes la capacidad y la confianza necesarias, tú mismo puedes brindarle tu apoyo; por algo habrá confiado en ti. Mantener la continuidad de los cuidados y una relación de colaboración con un profesional sanitario de confianza es importante en este proceso.

En la mayoría de los casos, a través de la educación y el asesoramiento podrás abordar las barreras psicológicas para la administración de insulina, sin necesidad de derivar a la persona. Los siguientes factores te servirán para fundamentar tu decisión:

- Tu ámbito de actuación y si dispones del tiempo y los recursos necesarios para ofrecer un nivel de apoyo adecuado.
- Tus conocimientos, capacidades y confianza para abordar las barreras detectadas.
- Las necesidades y preferencias de la persona con diabetes.
- La gravedad de las barreras psicológicas (p. ej., si las inyecciones solo le preocupan o si se trata más bien de una fobia).
- Si existen otros problemas psicológicos, como la depresión (ver [capítulo 6](#)) o un trastorno de ansiedad (ver [capítulo 7](#)).

Si crees que es necesario derivar a la persona a otro profesional:

- Explícale por qué (p. ej., qué puede ofrecerle el otro sanitario que tú no puedes).
- éregúntale qué le parece lo que le propones.
- habla con ella de lo que le gustaría conseguir al ser derivada a otro profesional, ya que esto influirá en a quién se le derivará.

■ AYUDA

Se han investigado las posibles estrategias para superar la resistencia psicológica al tratamiento con insulina.²⁹ Las tres acciones más efectivas realizadas por los profesionales para facilitar que la persona comience a administrarse insulina fueron: mostrarle cómo es el proceso de inyección, explicarle los beneficios de la insulina y adoptar una actitud colaborativa. Estas estrategias son las recomendadas y se basan en investigaciones recientes, en la experiencia clínica y en conocimientos

especializados. La mayoría de las personas suelen superar su reticencia inicial a la administración de insulina.

En el [anexo C](#) se recogen las barreras más comunes y las estrategias prácticas para minimizarlas. No todas esas estrategias son adecuadas para todo el mundo, por lo que tendrás que trabajarlas con la persona para desarrollar un plan de acción que satisfaga sus preocupaciones, necesidades y preferencias concretas.³⁰ Para ello, viene bien analizar con ella las respuestas que dio en los ítems del ITAS (ver [EVALÚA](#)).

Para las personas que acaban de empezar a administrarse insulina, lo más apropiado suele ser empezar por explorar lo que siente y piensa al respecto. Para evitar trastornar más su rutina diaria, viene bien aplazar otros posibles cambios en su régimen de tratamiento.^{8,30}

Tres estrategias clave que pueden ser especialmente útiles son: mostrarle el proceso de inyección de la insulina, el «balance decisional» y ofrecerle que haga «un ensayo con insulina» durante un tiempo limitado.³¹

Muéstrale el proceso de inyección de la insulina

Las personas que al principio no estaban dispuestas, pero que luego comenzaron a administrarse insulina, han manifestado que lo más útil que hizo el profesional sanitario fue mostrarles el proceso de inyección.³⁰ Quienes habían visto una demostración del proceso eran menos propensos a retrasar el inicio de la insulino terapia.³⁰ El proceso consta de tres fáciles pasos.

Primero, muéstrale una pluma de insulina y el tamaño de la aguja (muchas gente se sorprende de lo pequeña que es la aguja). Después, enséñale cómo se pone una inyección, para que vea lo sencillo que es. Por último, invítala a que lo intente por sí sola durante la consulta y en tu presencia. Este proceso siempre ayuda a la persona a ver que inyectarse insulina no es tan difícil ni tan doloroso como se imaginaba.

Balance decisional

El «balance decisional»³² es una técnica que se utiliza en las entrevistas motivacionales.³³ Permite a la persona explorar los diferentes aspectos de cada opción de tratamiento (y su opinión al respecto). Esta herramienta (ver [cuadro 5.3](#)) contribuye a establecer una buena relación con la persona y a evaluar su predisposición al cambio; es una forma de apoyarla para que supere la ambivalencia de sus pensamientos y tome una decisión informada.

Cuadro 5.3: Herramienta para el balance decisonal

	Pros	Contras
Seguir con el tratamiento actual de la diabetes	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Empezar con la insulina	1. 2. 3.	1. 2. 3.

Invítale a que enumere los tres pros y los tres contras más relevantes de cada tratamiento (preferiblemente por escrito). Si solo indica uno, anímale a que enumere uno o dos más (p. ej., «¿No le gustaría añadir ningún otro pro/contra?»).

Una vez que la persona haya rellenado el cuestionario, puedes utilizar sus respuestas para iniciar una conversación. En lugar de empezar por los problemas o las preocupaciones relacionadas con la insulina, comienza por los aspectos positivos de su tratamiento actual, y luego analiza las desventajas percibidas. Esto puede ayudarle a darse cuenta por sí misma de que seguir con el tratamiento actual no es lo más acertado. El siguiente paso sería explorar hasta qué punto pasarse a la insulina sería una forma de superar esas desventajas; así puede ver las ventajas de usar insulina. Por último, pregúntale cuál de las desventajas de usar insulina le sería más fácil de superar y buscad estrategias haciendo una lluvia de ideas.

Ten en cuenta que, para la persona, los «pros» y los «contras» de cada tratamiento pueden no tener la misma importancia.



El algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2 de la redGDPS³⁴ puede ser útil a la hora de comparar las opciones de tratamiento en función de las diferentes preocupaciones de la persona (p. ej., efectos secundarios, régimen de tratamiento).

Un «ensayo con insulina»

Realizar un «ensayo con insulina» durante un tiempo limitado es una forma de animar a la persona a «experimentar» con insulina durante un periodo de tiempo que ambos hayáis acordado. La duración del experimento debe depender de los resultados que se

persigan; p. ej., un «ensayo» de un mes de duración puede bastar para que la persona vea cómo encajaría la insulino terapia en su estilo de vida. Si se siente cómoda con ello, podrá notar mejoras en los resultados glucémicos (HbA1c) ampliando «el ensayo» a 3 meses.

Asegúrate de que la persona tenga la tranquilidad de que podrá volver a su tratamiento anterior si el experimento no le funciona. Al final del experimento, repasad su experiencia juntos: reflexionad sobre las ventajas y desventajas percibidas y sobre si eran o no las esperadas.

■ DERIVA

Si decides derivar a la persona, considera a un:

- **Especialista en educación en diabetes (profesional de enfermería o nutricionista) u otro profesional sanitario especializado en diabetes** (p. ej., especialista en endocrinología para apoyar y formar en el manejo de la diabetes (p. ej., la técnica de inyección, el conteo de carbohidratos).
- **Profesional de la salud mental** (preferiblemente con conocimientos de diabetes e insulina), si el problema persiste, si es evidente que existe un problema personal o psicológico subyacente (p. ej., fobia a las agujas, un trastorno de ansiedad) o si la persona con diabetes piensa que le podría venir bien.
- **Grupo estructurado de educación en diabetes**, ya que la iniciación a la insulina en un entorno grupal es igual de eficaz que una sesión individual y lleva la mitad de tiempo³⁵, además de ofrecer importantes oportunidades para que las personas compartan sus preocupaciones e ideas en torno a la insulina.

Consulta el [capítulo 9](#) para orientarte sobre cómo preparar las derivaciones de salud mental y qué decirle a la persona con diabetes sobre los motivos por los que la derivas.



Si derivas a la persona a otro profesional sanitario, es importante:

- » que sigas viéndola después de haberle derivado para que tenga la seguridad de que sigues implicado en la continuidad de sus cuidados y
- » que estés en contacto permanente con el profesional sanitario para garantizar un enfoque coordinado.

■ ORGANIZA

Haz los preparativos necesarios para que la persona reciba los cuidados que habéis consensuado:

- concertad una cita de seguimiento; si la persona está dispuesta, hacedlo allí mismo en tu consulta;
- aprovecha la cita de seguimiento para supervisar su evolución y para monitorizar y abordar cualquier obstáculo que se presente.

Estate preparado para darle a la persona más apoyo de lo habitual durante este periodo, p. ej., quizá sea necesario aumentar el número de consultas o alargarlas. Además de las citas presenciales, la atención telemática puede ser una forma práctica y útil de ofrecerle tu apoyo.

«Sé que más tarde o más temprano tendré que pasarme a la insulina y va a ser un auténtico suplicio... pero lo que va a ser un suplicio de verdad es si no lo hago. Así que no me queda otra...»

Persona con diabetes tipo 2



ESTUDIO DE CASO

RAFAEL

Varón de 72 años, Vive con su esposa Ángela.

Diabetes tipo 2, manejada con medicación oral; sobrepeso.

Profesional sanitario: Dra. Teresa Vilar (médica de familia)

■ TEN EN CUENTA

Teresa está preocupada porque, tras algunos valores glucémicos altos, Rafael ha dejado de llevar a las citas su diario de glucosa en sangre. Teresa le ha planteado la idea de pasarse a la insulina, pero él ha insistido: «Estoy seguro de que puedo volver a bajar mis niveles de azúcar en sangre con algo de esfuerzo y constancia». Teresa sabe que las personas con diabetes suelen tener dudas sobre si pasarse o no a la insulina, y sospecha que a Rafael le está sucediendo esto mismo, por lo que ha tomado nota en el expediente de Rafael para hacer un seguimiento la próxima vez que lo vea.

■ PREGUNTA

En la siguiente cita, ella le pregunta cómo se siente en general y qué tal le va con la diabetes. Rafael le dice: «No me va mal, pero me ha resultado un poco difícil porque no consigo mantener bajos los niveles a pesar de que hago ejercicio y me tomo mis pastillas». Teresa le recuerda que ya habían hablado de la insulina y, acordándose de que suele dar resultado normalizar y adelantarse a las preocupaciones relacionadas con la diabetes, le invita a que comparta sus sentimientos con ella: «A algunas personas les preocupa el tema de la insulina. ¿Qué opina usted al respecto?». Rafael le responde que su vecina, Puri, tiene diabetes y que desde que comenzó con la insulino terapia hace un año ha ganado peso y ha tenido problemas de visión: «No pienso consentir que eso me pase a mí: no voy a empezar a ponerme insulina».

■ EVALÚA

Teresa le dice: «Parece que le preocupa la insulina. ¿Le importaría rellenar un cuestionario para que podamos ver un poco mejor lo que piensa al respecto?». Rafael asiente y ella le pasa una copia del ITAS.

Las respuestas de Rafael muestran que tiene cuatro barreras psicológicas principales para la administración de insulina:

- «ponerme insulina significa que no he conseguido manejar la diabetes con la dieta y las pastillas» (de acuerdo);
- «La insulina produce aumento de peso» (de acuerdo);
- «Ponerme insulina significa que mi salud empeorará» (totalmente de acuerdo)
- «ponerse insulina ayuda a prevenir las complicaciones de la diabetes» (totalmente en desacuerdo).

■ ACONSEJA

Teresa sospecha que muchas de las preocupaciones de Rafael se pueden solventar con educación terapéutica y hablando, por lo que le dice que:

- le gustaría hablar con él de sus respuestas al cuestionario;
- le gustaría ayudarlo a entender mejor el tratamiento con insulina;
- no está intentando presionarle para que comience a administrarse insulina;
- solo quiere asegurarse de que está bien informado en cuanto a sus opciones de tratamiento.

Rafael accede a hablar del tema.

■ AYUDA

Teresa comienza preguntándole a Rafael si quiere añadir algo más en cuanto a ese sentimiento de fracaso. Ella escucha su respuesta y luego le explica que muchas personas con diabetes necesitan ponerse insulina, pero no porque hayan fracasado, sino porque es la mejor manera de manejar la enfermedad en ese punto. Le explica que la diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva y que, al cabo de un tiempo, muchas personas tienen que intensificar el tratamiento para manejarla de manera eficaz, lo que a menudo significa pasarse a la insulina.

Teresa también le habla de las bondades de la insulina relacionándolas con el caso concreto de Puri, y le

explica lo siguiente: «*Las complicaciones relacionadas con la diabetes, como los problemas de vista que tiene Puri, se deben a que los niveles de azúcar en sangre permanecen demasiado elevados durante demasiado tiempo. La insulina ayuda a reducir los niveles de azúcar en sangre, y es el mejor método del que disponemos para hacerlo de manera eficaz. Le he sugerido que empiece a ponerse insulina para que podamos evitar este tipo de problemas de salud*». Teresa también...

- Le sugiere que un breve «ensayo» con insulina (de unas 4 semanas) le podría dar algo de experiencia y aliviar algunas de sus preocupaciones: «*A muchas de las personas con diabetes a las que atiendo les preocupa el tema de la insulina al principio, igual que a usted. Pero suelo ver que, cuando le dan una oportunidad, les ayuda a sentirse mejor. Si no le da resultado al cabo de unas semanas, habremos comprobado que no es el tratamiento diabetológico más adecuado para usted en este momento. Rafael, ¿cree que podría darle una oportunidad?*».
- Le explica los posibles beneficios de la insulina, además de la mejora de los niveles de glucosa: sentirse menos cansado, tomar menos medicamentos (podría reducir el número de hipoglucemiantes orales) y, posiblemente, tener menos efectos secundarios que los medicamentos que toma actualmente.
- Le comenta que es posible que gane peso con la insulina y se ofrece a remitirle a un nutricionista de la zona que podría ayudarle a prevenirlo.
- Le tranquiliza diciéndole que no tiene que decidir nada hoy respecto al «ensayo con insulina».

- Le recomienda que hable con su mujer, Ángela, y que vuelva a verla dentro de una semana.
- Le sugiere que concierte una cita antes de marcharse.

En la siguiente cita, Rafael le dice a Teresa que va a darle «una oportunidad» a la insulina. Ella le prescribe insulina de acción prolongada, que tendrá que inyectarse una vez al día, y un plan de cuidados para la diabetes. Le explica que Rafael tendrá que acudir al educador en diabetes para familiarizarse con la insulina (p. ej., cómo actúa, la posología, la periodicidad de las inyecciones, el tiempo que tardará en notar el efecto, los efectos de la comida y el ejercicio), la técnica de inyección y la hipoglucemia (prevención, reconocimiento y tratamiento), y para que le apoye en el ajuste de dosis. Esto le llevará un par de citas y otras tantas llamadas telefónicas. La médica le deja margen para que haga todas las preguntas que quiera.

■ ORGANIZA

Teresa redacta un informe para el educador en diabetes en el que incluye instrucciones sobre la dosis inicial y el ajuste periódico de la dosis de Rafael hasta su próxima revisión. Le sugiere a Rafael que vuelva a verla en un mes para hablar de su evolución, pero que puede visitarla antes o hablar con el educador en diabetes si le surge algún problema o duda. En la siguiente cita, Rafael ya podrá decidir si va a seguir con la insulina, en cuyo caso Teresa le recetará el tipo y la dosis de insulina que sean más adecuados para él. A Rafael le parece bien el plan.



ESTUDIO DE CASO

ROCÍO

Mujer de 44 años.

Con diabetes tipo 2 que se maneja con 2 inyecciones de insulina al día.

Profesional sanitario: ha sido derivada a Marta Asiain (educadora en diabetes)

■ TEN EN CUENTA

Marta ha recibido un informe del endocrinólogo de Rocío en el que le explica que Rocío ha tenido «unos niveles subóptimos de HbA1c en el último año» y que le ha «recomendado que aumente la dosis de insulina de 2 a 4 inyecciones diarias, pero ella no está de acuerdo». Marta es consciente de que muchas personas se enfrentan a barreras psicológicas cuando deben aumentar la pauta de insulina y quiere averiguar por qué Rocío se muestra reticente.

■ PREGUNTA

En su primera cita, Marta le agradece a Rocío que haya acudido y le pregunta en qué la puede ayudar. Rocío le dice: «Estoy aquí porque el endocrino me ha dicho que viniera», a lo que Marta responde: «Tengo entendido que ha sugerido algunos cambios en su plan de tratamiento. ¿Le importaría contarme algo más sobre el tema?». Rocío le cuenta que su endocrino quiere aumentar las inyecciones de insulina hasta 4 al día. Marta le pregunta qué le parece y ella le responde que «nada bien». Marta le pregunta por su experiencia con la insulinoterapia y su opinión al respecto, a lo que Rocío le replica que, en general, le va bien con el número de inyecciones de insulina que se administra ahora.

Marta también intenta averiguar si, en el último año, ha habido algún cambio en su vida que pueda haber provocado ese aumento en los niveles de glucosa en sangre. Rocío no menciona nada que pueda haber contribuido especialmente a que sus niveles de glucosa en sangre sean tan elevados ni que explique su reticencia a aumentar la frecuencia de las inyecciones.

■ EVALÚA

Marta le pregunta si le importaría rellenar un breve cuestionario para que ambas puedan aclarar qué es lo que le preocupa exactamente en cuanto al tratamiento. Rocío accede y rellena una copia del ITAS.

Sus respuestas indican 4 barreras psicológicas clave para la administración de insulina:

- «administrar las inyecciones de insulina requiere de mucho tiempo y energía» (de acuerdo);
- «las inyecciones de insulina son dolorosas» (de acuerdo);
- «ponerse insulina ayuda a mantener los niveles de glucemia adecuados» (en desacuerdo);
- «ponerme insulina ayuda a aumentar mi nivel de energía» (en desacuerdo).

■ ACONSEJA

Antes de comentar las respuestas de Rocío, Marta le pregunta qué le ha parecido el cuestionario, a lo que Rocío responde: «Bien, bastante bien en realidad; nadie me había preguntado estas cosas antes». Le cuenta a Marta que, cuando empezó a administrarse insulina, tuvo problemas con las inyecciones. En aquel momento, su endocrino le había hecho una demostración de la técnica de inyección de insulina y la había «animado mucho». Sin embargo, meses más tarde, «todavía no le había cogido el tranquilo y me sentía tonta haciéndole preguntas todo el rato. Mis valores aumentaban y, conforme pasaba el tiempo, me sentía menos apoyada. Ya tengo problemas con 2 inyecciones, ¿cómo puede pretender que me ponga 4? Me encantaría volver a los comprimidos». Marta le responde que:

- es normal que la diabetes le haga sentir distrés de vez en cuando;
- no le debe dar vergüenza hacer preguntas.

Marta ha observado un patrón en las respuestas de Rocío al ITAS: le duelen las inyecciones y no obtiene los beneficios que esperaba de la insulina (en cuanto a los niveles de glucosa y de energía).

■ AYUDA

Marta le pide que le muestre su técnica de inyección utilizando una solución salina. Rocío acepta y se inyecta la solución salina lenta y directamente en el abdomen, y luego retira rápidamente la pluma. Al retirarla, una parte de la solución salina le gotea por el abdomen. Marta le pregunta si es la primera vez que le pasa, a lo que ella le responde: «No, pero es lo normal, ¿no?». Marta le explica que no es normal y que es posible que no se esté poniendo toda la insulina que necesita, lo que podría explicar sus altos valores de glucosa. Marta también comprueba que Rocío rota periódicamente los puntos de inyección. Entonces, Marta:

- le muestra cómo mejorar su técnica de inyección para que sea menos dolorosa y se administre la dosis completa de insulina;
- le pide que practique unas cuantas veces la técnica de inyección hasta que ambas estén satisfechas;
- le sugiere que siga con sus inyecciones actuales (2 al día) durante unas semanas más y utilizando la nueva técnica. A Rocío le parece un buen plan.

■ ORGANIZA

Antes de terminar la consulta, Marta:

- Comprueba si Rocío tiene más dudas o preocupaciones
- Le anima a llevar un registro de sus inyecciones y de las lecturas de glucosa en sangre, para que puedan controlar su evolución y diseñar juntas un plan de acción si las cifras no cambian.
- Le anima a anotar también los puntos de inyección y la intensidad del dolor al inyectarse, del 1 (sin dolor) al 5 (dolor extremo), para que puedan ver si la nueva técnica la está ayudando a reducir el dolor y si el dolor está relacionado con algunos puntos de inyección concretos.
- Le sugiere que vuelva a verla dentro de dos semanas;

Recursos



Para profesionales sanitarios

Bibliografía revisada

> **Psychological insulin resistance: a critical review of the literature**

Descripción: Una revisión sistemática de las causas frecuentes de la resistencia psicológica a la insulina y de las estrategias disponibles para reducirla.

Fuente: Gherman A, Veresiu IA, et al. Practical Diabetes International. 2011;28(3):125-128

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pdi.1574

> **Overcoming psychological insulin resistance: A practical guide for healthcare professionals**

Descripción: A partir de los resultados del estudio EMOTION (AccEpting Insulin TreatMent for Reluctant PeOple with Type 2 DIabetes Mellitus – A GLObal Study to IdeNtify Effective Strategies), se sugieren estrategias de colaboración a los profesionales de salud para explorar las razones de la resistencia psicológica a la insulina, ayudar a las personas a superar la resistencia y realizar un seguimiento de la experiencia con la insulina.

Source: Snoek FJ, Fisher L, et al. Primary Care Diabetes. 2021;15:619-621

URL: doi.org/10.1016/j.pcd.2021.03.001

Herramientas

> **Algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS 2020**

Descripción: Algoritmo para ayudar a los profesionales a elegir de una manera rápida y sencilla el tratamiento más adecuado para las personas con diabetes.

Fuente: Cases MM, Menéndez SA, et al. Diabetes Práctica. 2020;11(02), 41-76.

URL: redgdps.org/algoritmo-de-tratamiento-de-la-dm2-de-la-redgdps-2020



Para personas con diabetes

Selecciona **uno** o **dos** recursos que sean más relevantes y apropiados para la persona.

Proporcionar la lista completa tiene más probabilidades de abrumar que de ayudar.

Apoyo

> **Asociaciones de diabetes**

Descripción: A través del sitio web de la FEDE (Federación Española de Diabetes) es posible buscar y acceder (por comunidad autónoma o por provincia) a federaciones y asociaciones de personas con diabetes. La mayoría de asociaciones ofrecen charlas/talleres, acceso a otras personas con diabetes, ayuda psicológica profesional, reuniones de grupos de apoyo, etc.

Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE)

URL: fedesp.es/

> **Apoyo entre iguales**

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre las oportunidades de apoyo entre iguales. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

Información

> **Dudas sobre el inicio del tratamiento con insulina**

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes tipo 2 que tengan dudas sobre el inicio o la intensificación del tratamiento con insulina. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

Referencias

1. Polonsky, WH, Hajos, TR, et al. Are patients with type 2 diabetes reluctant to start insulin therapy? An examination of the scope and underpinnings of psychological insulin resistance in a large, international population. *Current Medical Research and Opinion*, 2011;27(6):1169-1174.
2. Peyrot M, Barnett A, et al. Insulin adherence behaviours and barriers in the multinational Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. *Diabetic Medicine*. 2012;29(5):682-9.
3. Gherman A, Veresiu I, et al. Psychological insulin resistance: a critical review of the literature. *Practical Diabetes International*. 2011;28(3):125-8.
4. Holmes-Truscott E, Skinner T, et al. Negative appraisals of insulin therapy are common among adults with type 2 diabetes using insulin: results from Diabetes MILES–Australia cross-sectional survey. *Diabetic Medicine*. 2015;32(10):1297-303.
5. Larkin ME, Capasso VA, et al. Measuring psychological insulin resistance: barriers to insulin use. *Diabetes Educator*. 2008;34(3):511-7.
6. Karter AJ, Subramanian U, et al. Barriers to insulin initiation: The Translating Research Into Action for Diabetes Insulin Starts Project. *Diabetes Care*. 2010;33(4):733-5.
7. Blonde L. Easing the transition to insulin therapy in people with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*. 2007;33(Suppl 7):S232-40.
8. Funnell MM. Quality of life and insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Insulin*. 2008;3(1):31-6.
9. Makine C, Kar C, et al. Symptoms of depression and diabetes-specific emotional distress are associated with a negative appraisal of insulin therapy in insulin-naive patients with type 2 diabetes mellitus. A study from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium. *Diabetic Medicine*. 2009;26(1):28-33.
10. Lee CMY, Colagiuri R, et al. The cost of diabetes in adults in Australia. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2013;99(3):385-90.
11. Ho PM, Rumsfeld JS, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(17):1836-41.
12. Klein R, Klein BE. Relation of glycemic control to diabetic complications and health outcomes. *Diabetes Care*. 1998;21(Suppl 3):C39-43.
13. Donnelly LA, Morris AD, et al. Adherence to insulin and its association with glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Medicine*. 2007;100(6):345-50.
14. Brod M, Kongsø JH, et al. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Quality of Life Research*. 2009;18(1):23-32.
15. Peyrot M, Rubin RR, et al. Resistance to insulin therapy among patients and providers results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*. 2005;28(11):2673-9.
16. Davies M, Speight J. Patient-reported outcomes in trials of incretin-based therapies in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2012;14(10):882-92.
17. Kunt T, Snoek F. Barriers to insulin initiation and intensification and how to overcome them. *International Journal of Clinical Practice*. 2009;63(s164):6-10.
18. Wang HF, Yeh MC. Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(4):743-57.
19. Anderson B, Funnell M. The art of empowerment – stories and strategies for diabetes educators. Virginia, USA: American Diabetes Association; 2000.
20. Snoek F, Skovlund S, et al. Development and validation of the insulin treatment appraisal scale (ITAS) in patients with type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5(1):69.
21. Beléndez M, Hurtado FJ, et al. Escala de Valoración del Tratamiento con insulina. Manuscrito no publicado. Universidad de Alicante; 2023.
22. Jiménez RL, Zambrano GH, et. Percepción de la insulino terapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. *Atención Primaria*. 2016;48(8), 543-549.

23. Peyrot M, Barnett A, et al. Factors associated with injection omission/non-adherence in the Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2012;14(12):1081-7.
24. García-Pérez L-E, Álvarez M, et al. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*. 2013;4(2):175-94.
25. Campos C. Addressing cultural barriers to the successful use of insulin in Hispanics with type 2 diabetes. *Southern Medical Journal*. 2007;100(8):812-20.
26. Meeto D, McAllister G, et al. In pursuit of excellence in diabetes care: trends in insulin delivery. *British Journal of Nursing*. 2012;21(10):588-95.
27. Ho EY, James J. Cultural barriers to initiating insulin therapy in Chinese people with type 2 diabetes living in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2006;30(4):390-6.
28. Humphry J, Jameson LM, et al. Overcoming social and cultural barriers to care for patients with diabetes. *Western Journal of Medicine*. 1997;167(3):138-44.
29. Stuckey H, Polonsky WH, et al. Key Factors for Overcoming Psychological Insulin Resistance – An Examination of a Large International Sample through Content Analysis. *Diabetes*. 2018;67(Suppl 1).
30. Polonsky WH, Jackson RA. What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004;22(3):147-50.
31. Polonsky WH, Fisher L, et al. Identifying solutions to psychological insulin resistance: An international study. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2019;33(4):307-14.
32. Miller W, Rollnick S. *La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar*. 3ª ed. Barcelona: Paidós; 2015.
33. Hall K, Gibbie T, et al. Motivational interviewing techniques: facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*. 2012;41(9):660-67.
34. Cases MM, Menéndez SA, et al. Actualización de 2020 del algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS. *Diabetes Práctica*. 2020;11(02), 41-76.
35. Yki-Järvinen H, Juurinen L, et al. Initiate Insulin by Aggressive Titration and Education (INITIATE): a randomized study to compare initiation of insulin combination therapy in type 2 diabetic patients individually and in groups. *Diabetes Care*. 2007;30(6):1364-69.



Capítulo 6

Depresión



Mensajes clave

- La depresión mayor^a es un trastorno psicológico que se manifiesta por un estado persistente (de al menos dos semanas) de disminución del estado de ánimo y/o falta de interés y placer en las actividades habituales. Esto se suma a otros síntomas, como cambios considerables en el peso y el sueño, falta de energía, dificultad para concentrarse, irritabilidad, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, o pensamientos recurrentes de suicidio o sobre la muerte.
- Los síntomas depresivos de moderados a graves (un indicador de la depresión) afectan a una de cada tres personas con diabetes tipo 2 tratada con insulina, a una de cada cinco personas con diabetes tipo 2 no tratada con insulina y a una de cada cuatro personas con diabetes tipo 1; es decir, entre dos y tres veces más que a la población general.
- Los síntomas depresivos en las personas con diabetes:
 - se asocian a un manejo de la diabetes y nivel de HbA1c subóptimos, a un aumento del estrés por la diabetes, a una menor satisfacción con el tratamiento y a un deterioro de la calidad de vida;
 - son muy recurrentes;
 - son diferentes del estrés por diabetes, aunque a veces se confunden con ella.
- Algunos síntomas depresivos se solapan con los síntomas de la diabetes (p. ej., fatiga, trastornos del sueño, cambios de peso y alteración de los hábitos alimentarios).
- Se puede utilizar un breve cuestionario, como el Cuestionario de Salud del Paciente o PHQ-9 (por sus siglas en inglés, *Patient Health Questionnaire-9*), para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Para confirmar una depresión mayor se necesita una entrevista clínica.
- Tanto la depresión leve como la depresión mayor pueden tratarse de forma eficaz (p. ej., con psicoterapia y medicación).



Puntos a tener en cuenta

- Evalúa a las personas con diabetes para detectar síntomas depresivos utilizando un breve cuestionario validado; recuerda que la depresión mayor se debe confirmar mediante una entrevista clínica.
- El tratamiento de la depresión dependerá de la gravedad y el contexto de los síntomas y las preferencias de la persona. Ayudar a las personas con depresión grave a acceder a un tratamiento adecuado puede requerir un enfoque de colaboración asistencial que comience con su especialista en medicina familiar (MF).
- Ten en cuenta que los síntomas depresivos y la depresión leve también necesitan atención, ya que puede evolucionar hacia una depresión mayor.

^aEn este capítulo, los términos depresión leve y depresión mayor (denominados colectivamente depresión) se utilizan una vez que el diagnóstico se ha confirmado mediante una entrevista clínica según los criterios del DSM-5 o la CIE-11. El término síntomas depresivos se utiliza cuando la información facilitada por autoinforme aún no ha sido confirmada mediante una entrevista clínica.

¿Son muy frecuentes los síntomas depresivos?

Diabetes tipo 1^{a,1}Diabetes tipo 2^{b,2}

¿Qué es la depresión?

La depresión es un estado emocional, físico y cognitivo (de pensamiento) intenso, duradero y con efectos negativos para la vida cotidiana de una persona. A diferencia de «sentirse deprimido/a» o tener un bajo estado de ánimo, la depresión es un problema grave de salud mental.³

Los criterios diagnósticos de la depresión se recogen en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5),⁴ y en la 11ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11).⁵ El «gold standard» para diagnosticar la depresión es una entrevista clínica diagnóstica estandarizada, p. ej., la Entrevista Clínica Estructurada (Structured Clinical Interview) para el DSM-5 (SCID; scid5.org).

La depresión mayor (también conocida como trastorno depresivo mayor o depresión clínica) se manifiesta por la presencia, durante un periodo de dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, representando un cambio respecto al funcionamiento anterior de la persona.⁴

- Al menos uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido persistente o la pérdida de interés/placer en las actividades cotidianas.⁴
- Otros síntomas son la pérdida o el aumento considerable de peso, el insomnio o el exceso de sueño, la falta de energía, la incapacidad para concentrarse, la indecisión, los sentimientos de inutilidad, el sentimiento de culpa excesivo o inadecuado y los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.⁴

La depresión leve (también conocida como depresión

subclínica o menor) se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de la depresión mayor.⁶ Aunque la depresión leve es menos grave que la depresión mayor, sigue teniendo importantes repercusiones para la persona y debe ser tenida en cuenta en la práctica clínica. Además, si no se trata, puede agravarse.

La depresión en personas con diabetes

Existen datos que demuestran una asociación bidireccional entre la depresión y la diabetes. Las personas con depresión tienen más probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2.⁷ Las personas con diabetes tienen entre dos y tres veces más probabilidades que la población general de verse afectadas por síntomas depresivos.^{8,9} También existe una relación bidireccional entre la depresión y las complicaciones relacionadas con la diabetes.⁹ Al igual que en la población general, la depresión es muy recurrente en las personas con diabetes.¹⁰

Todavía no se conocen bien las causas de la depresión en las personas con diabetes, pero los mecanismos propuestos incluyen factores biológicos, conductuales, sociales, psicológicos y ambientales.¹¹ Los factores no específicos de la diabetes pueden englobar circunstancias vitales estresantes, el consumo de sustancias y antecedentes depresivos personales o familiares.¹² Los factores específicos de la diabetes pueden incluir la naturaleza crónica de la enfermedad y las complejas pautas de tratamiento.^{8,13}

Dado que son varios los factores que pueden contribuir, la causa exacta varía de persona a persona.¹²

En las personas con diabetes, la depresión o los

^a El 24 % y el 20% respectivamente con diagnóstico de depresión basado en la evaluación psicológica a través de la entrevista MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

síntomas depresivos se asocian a resultados médicos y psicológicos adversos, entre los que destacan:

- un manejo subóptimo (p. ej., menos actividad física, una alimentación menos saludable, no tomar la medicación tal y como se recomienda, un menor número de controles de glucosa en sangre, tabaquismo)¹⁴⁻¹⁸
- niveles elevados de HbA1c, hipoglucemia e hiperglucemia^{14,15,19}
- una mayor prevalencia, y aparición más temprana, de complicaciones y discapacidades^{20,22}
- un mayor riesgo de distrés por diabetes²³⁻²⁶ y síntomas agudos de ansiedad²⁶

- deterioro de la calidad de vida y del rol o funcionamiento social²⁶⁻²⁸
- mayor carga para la persona y costes para el sistema sanitario^{14,17,29}
- un mayor riesgo de mortalidad prematura.^{30,31}



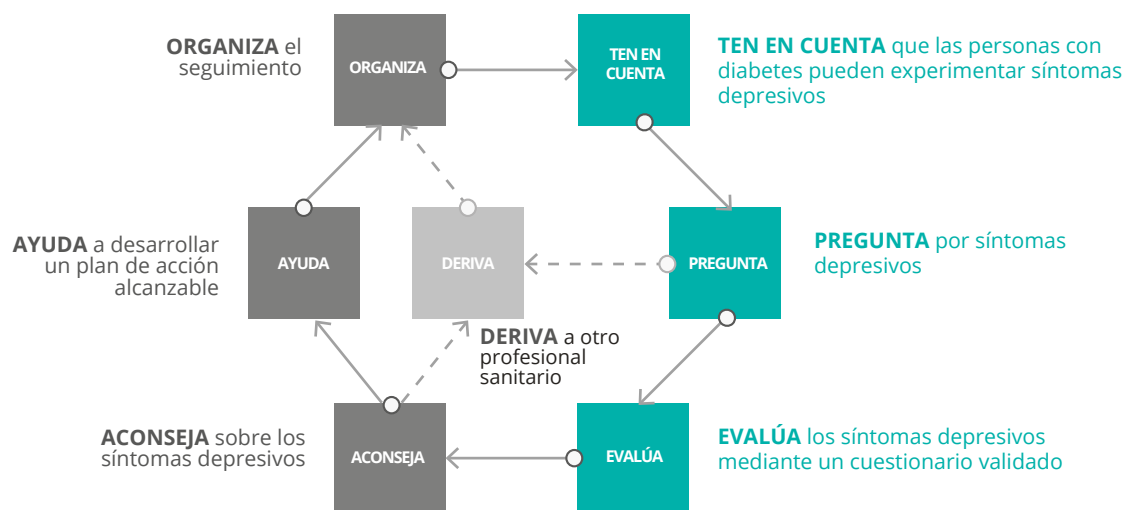
Puede que las personas con síntomas depresivos y ansiosos concomitantes experimenten un mayor deterioro emocional y tarden más en recuperarse.^{32,33}

El modelo de los "7 PASOS": Depresión

Este modelo dinámico propone un proceso de 7 pasos que se puede aplicar en la práctica clínica. El modelo consta de dos fases:

- ¿Cómo identifico los síntomas de la depresión?
- ¿Cómo puedo apoyar a una persona que sufre depresión?

Aplica el modelo de manera flexible dentro de un enfoque asistencial centrado en la persona. Puedes acceder a un resumen del modelo de los 7 pasos en el apartado "Cómo utilizar esta guía práctica y las herramientas".





¿Cómo identifico los síntomas de la depresión?

■ TEN EN CUENTA

La depresión cursa con síntomas físicos, cognitivos, conductuales y emocionales. Algunos signos habituales a los que hay que prestar atención son: estado de ánimo decaído (p. ej., tristeza, desesperanza, llanto), pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas, irritabilidad (p. ej., sentimiento exagerado de frustración por asuntos menores, enfado persistente), dificultades para concentrarse, falta de energía, pérdida o aumento de peso, reducción de la autoestima o de la autoconfianza en uno mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva/inapropiada, cambios psicómotos (agitación o enlentecimiento), retraimiento social y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio.^{3-5,12} También hay que prestar atención a los signos que indiquen que la persona no está afrontando la situación de forma adaptativa: trastornos del sueño o abuso de sustancias (p. ej., alcohol, sedantes u otras drogas).^{3-5,12} Los síntomas de la depresión son diferentes en cada persona.

Se suelen utilizar dos sistemas de clasificación para diagnosticar la depresión: el DSM-5⁴ y la CIE-11.⁵

Consúltalos si deseas obtener un listado completo de los síntomas y los criterios diagnósticos concretos.



Los síntomas depresivos se pueden solapar con síntomas propios de la diabetes⁸ (ver cuadro 6.1) o con los síntomas del distrés por diabetes (ver cuadro 6.2), por lo que la depresión puede pasar desapercibida en la práctica clínica de la diabetes.³⁵

Aunque la depresión no siempre se desarrolla como respuesta directa a la diabetes, algunos signos frecuentes de que la persona con diabetes puede estar experimentando síntomas depresivos son: disminución de la motivación para realizar sus tareas de autocuidado de la diabetes, aumento de consultas a profesionales sanitarios por los mismos síntomas y no acudir a las citas.

■ PREGUNTA

Puedes preguntar por los síntomas depresivos:

➤ Siguiendo las directrices de la práctica clínica (p.

Cuadro 6.1: ¿Síntomas de la depresión o de la diabetes?

La depresión y la diabetes comparten algunas características somáticas y conductuales similares (p. ej., fatiga, trastornos del sueño y cambios en el apetito). Esto supone un reto, ya que los síntomas de la depresión pueden pasarse por alto o confundirse con los de la diabetes y viceversa.

Hay que tener cuidado a la hora de evaluar la depresión mediante un cuestionario. Se ha demostrado que estos pueden detectar depresión en personas con diabetes cuando no es así. Estos cuestionarios no tienen la capacidad de distinguir la causa subyacente de los síntomas: p. ej., la persona puede estar cansada debido a las perturbaciones del sueño que le genere la depresión o por haber tenido hace poco varios episodios nocturnos de hipoglucemia. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de estas limitaciones.

Esto no significa que los cuestionarios para detectar la depresión no sirvan en la práctica clínica, sino que **se necesita una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico de depresión en personas con diabetes**. Es importante aclarar el contexto y la causa de los síntomas.

ej., de forma rutinaria o anual; ver [Introducción, cuadro 1](#))

- Cuando la persona informe de síntomas o tú hayas observado signos (p. ej., cambios de humor/comportamiento).
- En momentos en los que el riesgo de desarrollar una depresión es mayor, como, p. ej.:
 - durante o después de acontecimientos vitales estresantes (p. ej., un duelo, una experiencia traumática, el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal o de larga duración);
 - periodos de retos o ajustes importantes relacionados con la diabetes (p. ej., tras recibir el diagnóstico de la diabetes o de las complicaciones, hospitalización o cambios considerables en el régimen de tratamiento);
- Si la persona tiene antecedentes de depresión o de otros problemas de salud mental.⁹



«¿Cómo está?» «¿Qué tal le ha ido últimamente?» pueden parecer preguntas retóricas, pero las respuestas pueden ser muy reveladoras y a menudo son la clave de lo que hay que hacer a continuación. Tómate el tiempo que haga falta para escuchar sus respuestas y estate atento a cualquier signo que indique que no le va tan bien como de costumbre. Crea un entorno seguro y de apoyo para que la persona se sienta capaz de hablar abiertamente contigo sobre sus sentimientos. Las personas están más dispuestas a compartir contigo sus pensamientos y sentimientos más íntimos si se sienten emocionalmente implicadas en la consulta y confían en que te preocupas por ellas y las vas a apoyar. Consulta el [capítulo 1](#) si deseas obtener más información en cuanto a cómo mantener conversaciones sobre los aspectos emocionales de la diabetes.

Hay muchas formas de preguntar por los síntomas depresivos. Puedes formularle preguntas abiertas, pasarle un breve cuestionario estructurado o combinar ambos.

Opción 1: Formúlele preguntas abiertas

La siguiente pregunta abierta se puede integrar fácilmente en una consulta rutinaria:

➤ «¿Ha notado algún cambio en cómo se ha sentido en las últimas dos semanas? ¿Qué ha notado?»

Si, durante la conversación, hay algo que te haga pensar que la persona puede estar teniendo síntomas depresivos, hazle preguntas más concretas, como, p. ej.:

➤ «Le tengo por una persona [muy activa], pero me acaba de contar que últimamente no se ha sentido motivado para [salir a correr]. ¿A qué cree que se debe?»

➤ «Ha mencionado que últimamente ha estado [bebiendo más alcohol de lo habitual], ¿a qué cree usted que se debe esto?»

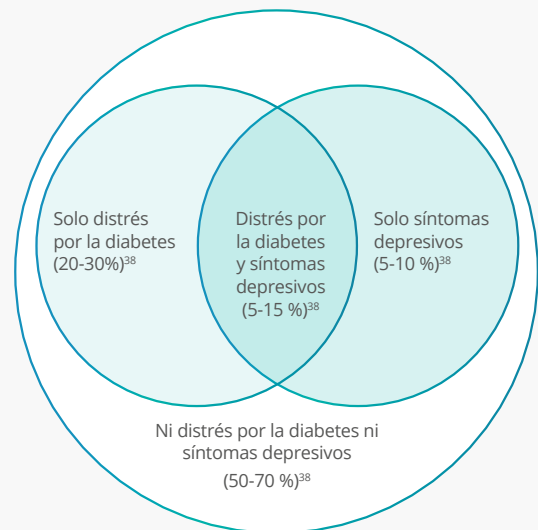
➤ «¿Ha habido algún cambio en sus patrones [alimentarios/de sueño]? ¿Qué ha notado?»

En caso de que la conversación sugiera que la persona está experimentando síntomas depresivos, se deben investigar más a fondo (ver [EVALÚA](#)).

Cuadro 6.2: ¿Depresión o distrés por la diabetes?

La depresión se confunde a menudo con el distrés por la diabetes (tanto en la literatura académica como en la práctica clínica). Aunque la depresión puede influir en lo que siente la persona al convivir con la diabetes, la depresión abarca mucho más, afectando a su forma de ver la vida en general. En cambio, el distrés por la diabetes es el malestar emocional que surge concretamente de convivir con la diabetes y manejarla, y no tiene por qué afectar a su forma de ver la vida en general.³⁶ El distrés por la diabetes engloba problemas relacionados con las frustraciones del autocuidado diario y constante de la diabetes y la preocupación por desarrollar complicaciones en el futuro (ver [capítulo 3](#)).

Aunque el distrés por la diabetes y la depresión son constructos distintos, son factores de riesgo mutuos²²⁻²⁴ es decir, las personas con depresión tienen más probabilidades de desarrollar distrés por la diabetes, y viceversa. En la práctica, esto significa que tanto los síntomas depresivos como el distrés por la diabetes deben evaluarse en la práctica clínica para determinar el tipo y la intensidad de la intervención.^{36,37}



Opción 2: Utiliza un cuestionario breve

Otra posibilidad es utilizar un cuestionario breve para indagar sobre los síntomas depresivos de forma sistemática. Las dos preguntas siguientes, en su conjunto, se denominan *Patient Health Questionnaire Two* (PHQ-2).^{39,40} Son los síntomas fundamentales para diagnosticar un caso de depresión.

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Nunca = 0; Varios días = 1; Más de la mitad de los días = 2; Casi cada día = 3.

Poco interés o alegría por hacer cosas.

0 1 2 3

Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a.

0 1 2 3

PHQ-2: phqscreeners.com



En lugar de administrarlo como un cuestionario, podrías integrar ambas preguntas en la conversación.

La puntuación total se obtiene sumando las respuestas a las dos preguntas. Una puntuación total de 3 o más indica síntomas depresivos,³⁹ por lo que se debe investigar más a fondo el caso.

En esta fase, es aconsejable preguntar si la persona ha sido diagnosticada de depresión y, en caso afirmativo, si está recibiendo tratamiento y de qué tipo.

Si la puntuación total es de 3 o más y la persona no está en tratamiento por depresión, podrías decirle algo así: «Parece que presenta síntomas depresivos, algo que puede ser una reacción normal ante [...]. Existen varias opciones de intervención que son eficaces para la depresión, pero antes tendríamos que conocer un poco mejor los síntomas. Si le parece bien, me gustaría hacerle algunas preguntas más».

A continuación, quizá quieras valorar su depresión mediante un cuestionario más completo (ver **EVALÚA**). Consulta el [capítulo 1](#) (Comunicación y Compromiso) para obtener más información sobre el uso de cuestionarios en la práctica clínica.

Si la puntuación total es inferior a 3 pero sospechas que hay un problema, quizá la persona esté sufriendo distrés por diabetes (ver [capítulo 3](#)), síntomas agudos de ansiedad (ver [capítulo 7](#)) o algún otro problema de salud mental.

■ EVALÚA

Cuestionario validado

El cuestionario PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*)^{40,41} consta de nueve ítems y se utiliza frecuentemente para evaluar la depresión. Este cuestionario refleja los criterios del DSM-5 para diagnosticar la depresión, es rápido de administrar y está incluido en la guía de cuestionarios y escalas disponible en la página web de la SED.

Cada ítem se mide en una escala de cuatro puntos que va de 0 (ningún día) a 3 (casi todos los días). La puntuación total, que va de 0 a 27, se obtiene sumando la puntuación de cada ítem. En la población general, las puntuaciones del PHQ-9 se interpretan de la siguiente manera:⁴²

- 0-4 indica la ausencia de síntomas depresivos (o un nivel mínimo);
- 5-9 indica síntomas depresivos leves (con estas personas vendría bien tener una actitud expectante);
- 10-27 indica síntomas depresivos de moderados a graves (con estas personas vendría bien seguir un método de intervención más activo).



Pedirle a la persona que complete el PHQ-9 puede servir para iniciar un diálogo sobre los síntomas depresivos y el efecto que pueden tener en su vida y/o en el manejo de la diabetes. También puede servir para hacer un seguimiento sistemático de los síntomas depresivos (p. ej., para comprobar si los síntomas son constantes o cambian con el tiempo).



Una puntuación total en el PHQ-9 de 10 o más debe ir seguida de una entrevista clínica que emplee los criterios del DSM-5⁴ o de la CIE-11⁵ para confirmar la presencia de depresión.



Puede que tengas acceso a otros cuestionarios validados, como el Inventario de Depresión de Beck⁴³; la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS);^{44,45} la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D);^{46,47} o la Escala de Depresión de Hamilton.^{48,49} Aunque todas estas herramientas son adecuadas para evaluar los síntomas depresivos, cada una tiene sus propios puntos fuertes y débiles. Los resúmenes de estos cuestionarios se pueden consultar en las referencias.^{50,51}

Otras consideraciones

¿Está esta persona en riesgo de suicidio? Es crucial que evalúes el riesgo de suicidio si detectas que la persona tiene síntomas depresivos o intenciones de autolesionarse o de acabar con su vida. La mayoría de los cuestionarios sobre la depresión incluyen un ítem sobre autolesiones, ideación suicida o suicidio (p. ej., el ítem 9 del PHQ-9). Si la persona con diabetes está de acuerdo con ese ítem, se debe investigar más en profundidad y se le tiene que ofrecer más apoyo (ver [cuadro 6.3](#)), sin importar si la puntuación total indica síntomas depresivos o no.

¿Cuál es el contexto de los síntomas depresivos?

¿Hay alguna circunstancia vital (pasajera o actual) que pueda subyacer a los síntomas depresivos⁵² (p. ej., un proceso de duelo, estrés crónico, cambio/pérdida de trabajo, preocupaciones económicas, dar a luz o la menopausia)? ¿Qué apoyo social tiene la persona? ¿Qué papel desempeñan los factores específicos de la diabetes (p. ej., la falta de apoyo en el autocuidado de la diabetes, una hipoglucemia grave o complicaciones que supongan una carga adicional)?

¿Hay algún factor (fisiológico, psicológico o conductual) concomitante o que pueda estar causando o contribuyendo a que se den los síntomas depresivos? Responder a esto puede suponer la realización de una anamnesis completa, p. ej.:

- ¿Tiene antecedentes (o antecedentes familiares) de depresión o de otros problemas psicológicos, p. ej., trastornos de ansiedad (ver [capítulo 7](#)), distrés por diabetes (ver [cuadro 6.2](#) y [capítulo 3](#)), trastornos de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, demencia o trastornos alimentarios (ver [capítulo 8](#))

Estas patologías también se deben tener en cuenta y hablarse cuando proceda (p. ej., ¿Cuándo y cómo se trató? ¿La persona pensaba que era un tratamiento eficaz? ¿Cuánto tardó en recuperarse?).⁵²

- ¿Tiene alguna patología subyacente que pueda contribuir a la aparición de los síntomas?
- ¿Qué medicamentos (incluidas posibles terapias alternativas) está tomando actualmente?
- ¿Con qué frecuencia consume alcohol y otras drogas?

No tiene síntomas depresivos. ¿Entonces? Si sus respuestas al cuestionario no muestran la presencia de síntomas de depresión:

- puede que la persona se muestre reacia a abrirse contigo o que se sienta incómoda confesándote que se siente deprimida;
- plantéate si puede estar padeciendo distrés por diabetes (ver [cuadro 6.2](#) y [capítulo 3](#)), síntomas agudos de ansiedad (ver [capítulo 7](#)) u otro problema psicológico.



Si alguna de estas evaluaciones estuviera fuera de tu ámbito competencial, debes derivar a la persona a otro profesional sanitario (ver **DERIVA**).

Cuadro 6.3: Suicidio

Siempre que sospeches que la persona tiene una depresión, o que parezca sentirse desesperada, con un dolor insoportable, sin esperanza, atrapada o como si fuera una carga para los demás o no encajara en su entorno, es imperativo que lo hables con ella y evalúes su riesgo de suicidio. Formular preguntas directas sobre el suicidio no hace que la persona se lo planteé:⁵³ al revés, abordar el tema tiene más probabilidades de aumentar su seguridad y prevenir un intento.⁵⁴

Las tendencias suicidas fluctúan y se ven influidas por aspectos como:⁵³

- Factores de riesgo estáticos, que son fijos y de naturaleza histórica (p. ej., antecedentes familiares de depresión, antecedentes de autolesiones o intentos de suicidio o experiencias de abusos).
- Factores de riesgo dinámicos, que varían de duración e intensidad (p. ej., el consumo de sustancias, el estrés psicosocial o la ideación/comunicación/intenciones suicidas).

Las políticas y los procedimientos para evaluar el riesgo de suicidio varían dependiendo del ámbito, pero aquí dispones de unas directrices generales:⁵³

1. Evalúa y garantiza la seguridad (de la persona con diabetes, de ti mismo y de los demás).
2. Establece una buena relación (sin juicios de valor, con empatía profesional, compasión, lenguaje corporal abierto y escucha activa).
3. Evalúa el riesgo de suicidio incluyendo factores como:
 - todos los antecedentes de intentos de suicidio;
 - todos los antecedentes de trastornos mentales;
 - si tiene o no un plan para suicidarse;
 - el acceso a los medios para llevar a cabo el plan;
 - la duración y la intensidad de la ideación suicida;
 - desesperanza o sensación de estar atrapado;
 - si siente que no encaja en ningún sitio, si se siente solo o alienado;

- si siente que es una carga para los demás;
- consumo de alcohol/sustancias;
- intención/deseo de morir;
- antecedentes familiares de suicidio;
- factores de protección;
- comportamientos recientes de búsqueda de ayuda.

Existen varios cuestionarios para evaluar el riesgo de suicidio.^{53,55-57} Pueden servir para dirigir la conversación de forma sistemática, si bien su precisión diagnóstica no está del todo probada.⁵⁴ **Estos cuestionarios no pueden sustituir a la entrevista clínica.**

4. Recopila y documenta la información pertinente (p. ej., la historia clínica de la persona, su estado físico y mental en el momento y las pruebas de haber evaluado el riesgo de suicidio).
5. Concierta evaluaciones psicosociales y psiquiátricas adicionales o, si es necesario, deriva a la persona a un especialista.
6. Desarrolla un plan de seguridad con la persona⁵⁸ (es decir, un listado por escrito de estrategias de afrontamiento y servicios de apoyo a los que puede acudir cuando tenga pensamientos suicidas).
7. Vuelve a evaluarla cada vez que sea necesario y asegúrate de que se le realiza un seguimiento⁵³: las personas que corren un riesgo alto se deben reevaluar en un plazo de 24 horas; las que corren un riesgo moderado, en una semana; y las que corren un riesgo bajo, en un mes.

Si la persona tiene tendencias suicidas activas: proporciónale u organiza su continua supervisión.

Si la persona está en peligro inminente: sigue el procedimiento de emergencia de tu lugar de trabajo o ponte en contacto con los servicios de emergencias.

Ten en cuenta que algunas personas pueden decidir no compartir con nadie sus planes de suicidio y negar que tienen pensamientos suicidas.



¿Cómo puedo apoyar a una persona que sufre depresión?

■ ACONSEJA

Una vez hayas detectado que la persona tiene síntomas depresivos, ya puedes aconsejarle sobre los siguientes pasos a dar y, después, decidir juntos qué hacer a continuación.

- Explícale que sus respuestas al PHQ-9 indican que tiene síntomas depresivos y también que:
 - puede que tenga depresión mayor, lo que deberá confirmarse en una entrevista clínica;
 - los síntomas depresivos fluctúan en función de los estresores vitales y que puede ser necesario volver a evaluarlos más adelante (p. ej., cuando el estresor haya pasado o sea menos intenso).
- Pregúntale qué piensa sobre su puntuación (es decir, si representa su estado de ánimo actual).
- Explícale qué es la depresión mayor y cómo puede afectar a su vida en general, así como al manejo de la diabetes.
- Infórmele de que la depresión es algo habitual y que tiene ayuda y apoyo a su disposición; que la depresión es tratable y que se puede manejar de manera eficaz.
- Reconoce ante ella que detectar y **ACONSEJAR** por sí solos no son suficientes; explícale que es necesario que reciba tratamiento, cosa que puede ayudarla a mejorar su vida en general, así como el manejo de la diabetes.
- Dale la oportunidad de hacerte preguntas.
- Elaborad un plan conjunto sobre los «siguientes pasos» (p. ej., lo que hay que conseguir para reducir los síntomas depresivos y el apoyo que pueda necesitar).



Si la depresión está claramente relacionada con un estresor concreto (p. ej., con problemas económicos o de pareja), ten en cuenta la gravedad y la duración aproximada del problema, ya que te ayudará a elaborar el plan de acción.

Siguiente paso: ¿AYUDA o DERIVA?

- La decisión de apoyar a la persona tú mismo o contar con otros profesionales de la salud dependerá de lo siguiente:
 - las necesidades y preferencias de la persona con diabetes;
 - tus conocimientos, capacidades y confianza para abordar los síntomas depresivos;
 - la gravedad de los síntomas depresivos y el contexto del problema o problemas;
 - si existen otros problemas psicológicos, como el distrés por diabetes (ver [capítulo 3](#)) o un trastorno de ansiedad (ver [capítulo 7](#));
 - tu ámbito de actuación y si dispones del tiempo y los recursos necesarios para ofrecer un nivel de apoyo adecuado.
- Si crees que es necesario derivar a la persona a otro profesional sanitario:
 - explícale porqué (p. ej., qué puede ofrecerle el otro sanitario que tú no puedas);
 - pregúntale qué le parece lo que le propones;
 - habla con ella de lo que le gustaría conseguir al ser derivada a otro

■ AYUDA

Ni la depresión mayor ni la leve suelen mejorar de forma espontánea⁵⁹, por lo que es importante intervenir. El modelo de atención escalonada sirve de guía para abordar los síntomas depresivos y la depresión en la práctica clínica.^{60,61}

Una vez confirmada la depresión mediante una entrevista clínica, y si crees que puedes ayudar a la persona:

- Explícale las opciones de tratamiento más adecuadas (ver [cuadro 6.4](#)) exponiéndole los pros y los contras de cada opción y teniendo en cuenta:
 - el contexto y la gravedad de la depresión;
 - los datos empíricos más recientes sobre tratamientos eficaces (p. ej., el enfoque de colaboración y/o de atención escalonada);

- sus conocimientos, motivación y preferencias respecto a cada una de las opciones.
- Dale la oportunidad de hacerte preguntas.
- Acordad un plan de acción conjunto y estableced objetivos alcanzables para manejar tanto la depresión como la diabetes. Se puede incluir una adaptación del plan de manejo de la diabetes si la depresión le ha supuesto un impedimento para su autocuidado.
- Ofrécele apoyo y tratamiento de acuerdo con tus competencias, conocimientos, habilidades y confianza; p. ej., quizá puedas recetar medicamentos, pero no realizar una intervención psicológica o viceversa.
- Asegúrate de que la persona se sienta a gusto con este enfoque.
- Al finalizar la conversación, plantéate ofrecerle algo de información para que la lea en casa. Al final de este capítulo, figuran varios recursos que pueden ser útiles para una persona con diabetes que sufre depresión o síntomas depresivos. Selecciona uno o dos de los que sean más relevantes para la persona; es mejor no abrumarla con demasiada información.

Al principio, algunas personas no querrán iniciar el tratamiento. A estas personas hay que ofrecerles apoyo y consejo continuos sobre la depresión, para que los tengan siempre presentes. Esto reforzará el mensaje de que cuentan con apoyo, permitiéndoles tomar una decisión informada para comenzar el tratamiento cuando se sientan preparadas.

■ DERIVA

Si decides derivarle, considera los siguientes profesionales sanitarios:

- **Especialista en medicina familiar (MF)**, para que realice una entrevista clínica y diagnostique la depresión mayor, intervenga o prescriba y supervise la medicación y/o derive a un profesional de la salud mental adecuado.
- **Psicólogo**, para que realice una entrevista clínica y ofrezca terapia psicológica (p. ej., terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal).
- **Psiquiatra**, para que realice una entrevista clínica y prescriba y supervise los medicamentos. Para acceder a un psiquiatra se necesita una derivación del MF. La derivación puede ser necesaria en el caso de

Cuadro 6.4: Tratamiento de la depresión

No entra en el ámbito de esta guía práctica recomendar tratamientos farmacológicos o psicológicos específicos para tratar la depresión en personas con diabetes. No obstante, a continuación, se exponen algunas consideraciones generales basadas en la evidencia disponible en el momento de la publicación de esta guía:

- Para personas con depresión recurrente y depresión mayor, se recomienda combinar la intervención psicológica con el tratamiento farmacológico.⁶⁰
- La intervención psicológica y/o el tratamiento farmacológico deben implementarse siguiendo enfoques de atención escalonada y/o atención colaborativa.^{60,62}
- La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicológica más eficaz.⁶⁰
- Los antidepresivos solo son eficaces para las personas con depresión de moderada a grave, no para la depresión leve.⁶³
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el tratamiento farmacológico más eficaz para la depresión en personas con diabetes.⁶⁰
- La psicoterapia es más eficaz para reducir los síntomas depresivos y la HbA1c cuando se combina con la educación para el manejo de la diabetes.⁶⁴
- Algunos antidepresivos pueden tener efectos secundarios adversos (p. ej., aumento de peso, anomalías metabólicas) y están asociados a la resistencia a la insulina.⁶⁵ Evalúa los riesgos y los beneficios antes de prescribir estos medicamentos, ya que puede que no sean adecuados para algunas personas con diabetes.⁶⁵

un cuadro clínico inicial complejo (p. ej., si se sospecha de patologías psiquiátricas graves, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, o de trastornos médicos concomitantes complejos).

- **Trabajador social o profesional de enfermería especializado en salud mental**, para que ayude a la persona a encontrar formas de manejar con eficacia las situaciones que contribuyen a su depresión o inhiben su tratamiento (p. ej., traumas o estresores vitales), utilizando entrenamiento

de habilidades (p. ej., resolución de problemas y manejo del estrés).

Si la persona lo prefiere, puede contactar con estos profesionales de manera privada, y es recomendable que lleve un informe de su MF.

Consulta el [capítulo 9](#) para orientarte sobre cómo preparar las derivaciones de salud mental y qué decirle a la persona con diabetes sobre los motivos por los que la derivas.



Si es posible, plantéate derivar a la persona a profesionales sanitarios con conocimientos o experiencia **en diabetes**. Por ejemplo, si el manejo de la diabetes se ve afectado por su depresión, puede necesitar un nuevo plan de manejo de la diabetes que se adapte mejor a sus necesidades y circunstancias en ese momento, lo que podría requerir la colaboración con un MF, o de un especialista en diabetes (p. ej., un especialista en endocrinología o en educación en diabetes).



Si derivas a la persona a otro profesional sanitario, es importante:

- que sigas viéndola después de haberle derivado para que tenga la seguridad de que sigues implicado en la continuidad de sus cuidados y
- que estés en contacto permanente con el profesional para garantizar un enfoque coordinado.

En caso de que fuera necesario, y si hay margen, considera la posibilidad de incluir en el plan de acción citas de seguimiento más frecuentes o consultas prolongadas. Anímale a concertar una cita de seguimiento contigo en el plazo que acordéis para supervisar los progresos y abordar cualquier problema que surja. Además de las citas presenciales, las llamadas telefónicas o las videoconferencias pueden ser una forma práctica y útil de ofrecerle tu apoyo.

La salud mental es importante en sí misma, pero también es probable que repercuta en el manejo de la diabetes de la persona y en su salud física. Por lo tanto, es importante hacer un seguimiento para comprobar que se ciñe al tratamiento acordado.

En la cita de seguimiento, revisa el plan y habla de los progresos que se han hecho; p. ej., puedes decirle algo como: *«La última vez que nos vimos se sentía deprimida. Hicimos un plan juntos para que le sirviera de ayuda y acordamos que [pediría una cita para ver a una psicóloga, y le escribí un informe de derivación]. ¿Ha podido ir a [verla]? ¿Qué tal le ha ido con ella?»*.

■ ORGANIZA



«Muchas veces la gente siente que está sola, y es muy reconfortante que alguien le diga “eso algo muy normal”».

Persona con diabetes tipo 1



ESTUDIO DE CASO

JULIA

Mujer de 65 años.

Tiene diabetes tipo 2 que maneja con dieta y ejercicio; antecedentes de depresión.

Profesional sanitario: Dr. Roberto López (médico de familia)

■ TEN EN CUENTA

Cuando Julia llega para la revisión periódica, Roberto se da cuenta de que no es la misma de siempre: no lleva maquillaje, tiene ojeras y no le saluda con su habitual alegría. Le pregunta qué tal lo lleva, y ella se encoge de hombros y le responde: «*Ya sabes cómo es esto; estoy un poco cansada, creo que necesito unas vacaciones*». Cuando la conversación se centra en su salud física general y en el manejo de la diabetes, Roberto observa que Julia vuelve a mencionar que está cansada, lo que le ha impedido hacer ejercicio y que, por tanto, sus niveles de glucosa en sangre han sido un poco más altos de lo habitual y ha ganado un par de kilos.

■ PREGUNTA

Cuando Roberto le hace preguntas abiertas, Julia le confiesa que antes le gustaba hacer ejercicio con una amiga, pero que en el último mes ella misma está poniendo excusas para no salir de casa. «*No consigo motivarme para hacer ejercicio ahora mismo. Me siento fatal cuando cancelo los paseos con Francisca, pero es que estos días me encuentro demasiado cansada, me parece una tarea pesada. Y me digo a mí misma: “Venga, que no es tan difícil, si luego cuando salgas lo vas a pasar bien”. Pero luego no me atrevo a salir de casa*». Julia dice que se siente culpable por no hacer ejercicio y ha empezado a comer incluso por la noche, lo que le da vergüenza. Le preocupa su peso, pero, cuando se siente mal, come más. No sabe cómo salir de ese círculo vicioso.

A Roberto le preocupan los problemas de motivación de Julia y las repercusiones que los recientes cambios de comportamiento y de patrones de pensamiento tendrán en su diabetes si se prolongan en el tiempo.

■ EVALÚA

Roberto sabe que Julia tiene antecedentes de depresión y se pregunta si podrían estar relacionados sus pensamientos negativos sobre sí misma, su bajo estado

de ánimo, los cambios en sus patrones de alimentación y ejercicio y su cansancio. La invita a completar el PHQ-9. Su puntuación (18) sugiere que tiene síntomas depresivos moderadamente graves. Debido a su alta puntuación en el PHQ-9, Roberto también evalúa su riesgo de suicidio, llegando a la conclusión de que es bajo.

■ ACONSEJA

Roberto le explica su puntuación en el PHQ-9 y le pregunta si refleja cómo se ha sentido últimamente. Ella le dice que reconoce los síntomas que ha estado teniendo desde hace un par de años, cuando estuvo deprimida después de separarse de su marido. Él le pregunta si, en ese momento, buscó ayuda para tratarse la depresión y si necesitó tomar antidepresivos. Julia le responde que acudió a un psicólogo que consiguió ayudarla sin antidepresivos. Roberto le pregunta si, esta vez, también sería una buena opción para ella.

■ DERIVA

Julia pedirá una cita con el psicólogo. Con el permiso de Julia, Roberto se pone en contacto con el psicólogo para comprobar que ha recibido su informe de derivación y que Julia puede concertar una cita con él en un plazo adecuado.

■ ORGANIZA

Roberto la anima a que concierte otra cita para verle una vez que se haya reunido con el psicólogo para ponerle al tanto de su evolución y valorar si es necesario que comience a tomar antidepresivos. También la invita a verle antes si lo considera necesario.



ESTUDIO DE CASO

LUCAS

Hombre de 24 años. Vive con su hermano mayor. Tiene diabetes tipo 1 (diagnosticada hace 23 años).

Profesionales sanitarios: Dra. Gloria Urbano (endocrinóloga) y Tomás Moleres (educador en diabetes).

■ TEN EN CUENTA

Gloria es consciente de que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir problemas emocionales. Ha decidido incorporar un cuestionario sobre salud mental al proceso de revisión anual en su consulta diabetológica. El cuestionario incluye la escala de Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID) (para evaluar el estrés por la diabetes) y el PHQ-2.

Tomás es un enfermero especializado en diabetes que trabaja en la consulta. Tiene la tarea de explicar la finalidad del cuestionario y animar a los pacientes a rellenarlo en la sala de espera antes de entrar a la consulta. Las respuestas al cuestionario se guardan y se incluyen en la historia de la persona para poder abordarlas durante la cita.

■ PREGUNTA

Durante la revisión anual de Lucas, Tomás le hace algunas preguntas generales sobre su salud y su bienestar, pero no parece estar de humor para hablar. Cuando llega el momento de tratar el cuestionario, Tomás le dice a Lucas: «Hemos añadido algo nuevo a nuestras revisiones anuales. Sabemos que convivir con la diabetes puede ser muy difícil y, a veces, supone una carga para muchas personas. Por eso hemos elaborado una breve lista de preguntas para saber cómo afecta la diabetes a su vida y a su bienestar. Nos ayudará a saber si hay algún problema específico al que se enfrenta en este momento y así poder ayudarle a llevar bien la diabetes. El cuestionario dura unos 10 minutos; no hay que escribir, solo hay que marcar las casillas. Podría hacerlo ahora mientras espera para ver a Gloria. ¿Te gustaría rellenarlo?». Lucas acepta.

■ EVALÚA

En la cita, Gloria examina rápidamente las respuestas del cuestionario. La puntuación del PAID de Lucas no indica ningún problema que necesite atención inmediata, y así se lo confirma Lucas. Sin embargo, la

puntuación del PHQ-2 de Lucas indica que es probable que sufra una depresión.

Gloria le pregunta qué tal le ha ido con el cuestionario, a lo que Lucas responde: «No ha estado mal, tú sabes, es algo distinto, pero, bueno, bien». Gloria le comenta: «A juzgar por sus respuestas, parece que se ha sentido deprimido en las últimas dos semanas y no ha tenido mucho interés por nada. ¿Qué le pasa, Lucas?». Lucas le cuenta que perdió su trabajo hace unos seis meses y que sigue en el paro, lo que ha afectado a su estado de ánimo y a sus relaciones: «Nunca hago nada bien, no encuentro curro... Encima me ha dejado mi novia... y estoy durmiendo en el sofá de mi hermano porque no puedo pagar el alquiler... Vaya racha llevo, soy un pringado, no soy nada».

Gloria reconoce ante Lucas que parece que está pasando por momentos difíciles últimamente, y que es comprensible que se haya sentido deprimido. Le explica que puede estar sufriendo una depresión y que dispone de ayuda. Le pregunta si le han diagnosticado depresión alguna vez, a lo que Lucas responde que no.

Entonces, Gloria, para asegurarse, le pide que complete algunas preguntas más. Lucas acepta y Gloria le da una copia del PHQ-9. Su puntuación en el PHQ-9 es de 23, lo que indica síntomas depresivos graves. Como la puntuación de Lucas en el ítem 9, «Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño de alguna forma», fue de 2 («Más de la mitad de los días»), Gloria también evalúa el riesgo de suicidio y concluye que tiene un riesgo moderado.

■ ACONSEJA

Gloria le explica a Lucas sus resultados y le proporciona información sobre la depresión. Le dice que la depresión se puede tratar y le explica las distintas opciones que tiene a su disposición. Le aconseja que acuda a su MF y le explica porqué: el MF le ayudará

a acceder al tratamiento más adecuado para él (p. ej. una intervención psicológica y/o medicación), y le invita a que le haga las preguntas que quiera.

■ AYUDA

Gloria le pregunta a Lucas si dispone de un MF con el que se sienta cómodo a la hora de tratar estos temas y si le parece bien hacerlo. Lucas asiente. Gloria también le pregunta si cuenta con alguna persona cercana (p. ej., un amigo o un familiar) con quien pueda hablar si alguna vez pensara en quitarse la vida. Lucas le dice que tiene una buena relación con su hermano, que es muy comprensivo y que le apoya. Le comenta que, si la cosa se pone demasiado fea, hablaría con él del tema o llamaría al Teléfono de la Esperanza. Gloria le ofrece otras estrategias para reducir el riesgo de suicidio y desarrollan un plan de seguridad juntos.

■ DERIVA

Gloria le escribe un informe de derivación al MF de Lucas en el que adjunta una copia de su puntuación en el PHQ-9 y su interpretación. Gloria anima a Lucas a que le pida una cita a su MF lo antes posible, a poder ser en los próximos días. Con el permiso de Lucas, se pone en contacto con el MF para asegurarse de que le den una cita a tiempo.

■ ORGANIZA

Gloria le pide a Lucas que vuelva a su consulta en un mes, para ver cómo le ha ido con el MF, continuar con su revisión anual de la diabetes y comprobar si es necesario introducir algún cambio en su plan de manejo de la diabetes mientras está recibiendo apoyo con los síntomas de la depresión.

Recursos



Para profesionales sanitarios

Bibliografía revisada

› How 25 years of psychosocial research has contributed to a better understanding of the links between depression and diabetes

Descripción: Esta revisión narrativa ofrece un resumen y un análisis de 25 años de investigación sobre los complejos vínculos entre la depresión y la diabetes.

Fuente: Pouwer F, Schram MT, et al. *Diabetic Medicine*. 2020;37:383-392.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dme.14227

› Depression and diabetes: treatment and health-care delivery

Descripción: En este documento se hacen recomendaciones para la práctica clínica a la hora de abordar la depresión y la diabetes.

Fuente: Petrak F, Baumeister H, et al. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015;3:472-85.

URL: [thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(15\)00045-5](https://thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(15)00045-5)

› The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes

Descripción: Un comentario sobre el estrés en la diabetes y la depresión, junto con recomendaciones para la práctica clínica.

Fuente: Fisher L, Gonzalez JS, et al. *Diabetic Medicine*. 2014;31:764-772.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.12428

› Depression in diabetes mellitus: to screen or not to screen? A patient-centred approach

Descripción: Artículo de revisión en el que se analizan métodos para el cribado rutinario de la depresión en personas con diabetes.

Fuente: Van der Feltz-Cornelis CM. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. 2011;11:276-281.

URL: journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1474651411423539

Guías y recomendaciones

› Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto del Sistema Nacional de Salud (España)

Descripción: Recomendaciones basadas en la evidencia para la asistencia del adulto con depresión resultado del trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales.

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06*.

URL: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

› Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (revisada en 2020) del Sistema Nacional de Salud (España)

Descripción: La guía incluye recomendaciones al profesional sanitario sobre aspectos de evaluación, tratamiento y de prevención, así como ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos.

Fuente: Grupo de trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2020. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*.

URL: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/02/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_revision.pdf

Capítulos de libro

› Depression and anxiety in adults with diabetes

Descripción: Este capítulo ofrece una revisión sobre la intersección de la diabetes y la depresión y la ansiedad, haciendo hincapié en los factores

contextuales y metodológicos que pueden ayudar a explicar sus asociaciones.

Fuente: Blevins L, González JS & Wagner J. En AM Delamater & DG Marrero (Eds.) Behavioral diabetes: social ecological perspectives for pediatric and adult populations. New York: Springer, 2020.

URL: link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-33286-0_21

Sitios web

➤ Consejo General de la Psicología de España. Infocop online

Descripción: Infocop Online es una revista digital, editada por el Consejo General de la Psicología de España orientada a todo el público interesado; ofrece toda la actualidad sobre la psicología en la web (artículos, noticias, entrevistas, reportajes, etc.) que muestran con rigor y rapidez lo que está ocurriendo en el mundo de la psicología. Aborda tópicos de interés relacionados con la salud mental y la psicología clínica y de la salud

URL: infocop.es/



Para personas con diabetes

Selecciona **uno** o **dos** recursos que sean más relevantes y apropiados para la persona.

Proporcionar la lista completa tiene más probabilidades de abrumar que de ayudar.

Apoyo

➤ Asociaciones de diabetes

Descripción: A través del sitio web de la FEDE (Federación Española de Diabetes) es posible buscar y acceder (por comunidad autónoma o por provincia) a federaciones y asociaciones de personas con diabetes. La mayoría de asociaciones ofrecen charlas/talleres, acceso a otras personas con diabetes, ayuda psicológica profesional, reuniones de grupos de apoyo, etc.

Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE)

URL: fedesp.es/

➤ Apoyo entre iguales

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre las oportunidades de apoyo entre

iguales. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

➤ Consejo General de la Psicología. Directorio de psicólogos/as

Descripción: En la sección “Colegios” se puede acceder al mapa de colegios oficiales de psicología por comunidades autónomas. En los sitios web de los colegios de cada comunidad hay un buscador que permite localizar a los psicólogos y las psicólogas colegiadas en esa comunidad.

Fuente: Consejo General de la Psicología de España. Listado de Colegios Oficiales de Psicología

URL: cop.es/index.php

➤ Línea 024 de atención a la conducta suicida

Descripción: línea telefónica promovida por el Ministerio de Sanidad de España, de alcance nacional, gratuita y disponible las 24 horas del día. Se dirige a las personas con conducta o ideación suicida, así como los familiares o personas allegadas. Se ofrece contención emocional, recomendaciones y derivación inmediata en casos de emergencia.

Información

➤ Diabetes y depresión

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre la depresión que incluye sugerencias que la persona puede probar para controlar su depresión, incluidas sugerencias de apoyo. La hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

➤ SOM Salud Mental 360

Descripción: SOM es una plataforma digital formada por profesionales de salud, del sector social y de la educación. Este portal incluye contenidos de carácter divulgativo como blogs, monográficos, artículos, etc. sobre diferentes temáticas de salud mental, entre las que se incluyen los trastornos depresivos y la prevención del suicidio.

URL: som360.org/es

Referencias

- Castellano-Guerrero AM, Guerrero R, et al. Prevalence and predictors of depression and anxiety in adult patients with type 1 diabetes in tertiary care setting. *Acta Diabetologica*, 2018;55, 943-953.
- Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, The MADIABETES Research Group, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain (the DIADEMA Study) : results from the MADIABETES cohort. *BMJ Open*, 2018;8:e020768.
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Entender la depresión y superarla: ¿cómo sé que estoy deprimido?, 2022 [citado 23 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.copmadrid.org/wp/entender-la-depresion-y-superarla-como-se-si-estoy-deprimido/>
- American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). 11a Revision: Versión 2018 ed. Geneva: OMS; 2018.
- Hood KK, Naranjo DM, et al. Chapter 6: measuring depression in children and young people. In: C.E. Lloyd, F. Pouwer, et al, editors. Screening for depression and other psychological problems in diabetes: a practical guide. London: Springer; 2013. p.110-38.
- Mezuk B, Eaton WW, et al. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2383-90.
- Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012;142:S8-21.
- Nouwen A, Adriaanse MC, et al. Longitudinal associations between depression and diabetes complications: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*. 2019.
- Nefs G, Pouwer F, et al. The course of depressive symptoms in primary care patients with type 2 diabetes: results from the Diabetes, Depression, Type D Personality Zuidoost-Brabant (DiaDDZoB) Study. *Diabetologia*. 2012;55(3):608-16.
- Moulton CD, Pickup JC, et al. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015;3(6):461-71.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.
- Renn BN, Feliciano L, et al. The bidirectional relationship of depression and diabetes: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(8):1239-46.
- Holt RIG, de Groot M, et al. Diabetes and Depression. *Current Diabetes Reports*. 2014;14(6):196.
- Egede LE, Ellis C, et al. The effect of depression on self-care behaviours and quality of care in a national sample of adults. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31(5):422-7.
- Ciechanowski P, Katon W, et al. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(4):246-52.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, et al. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(21):3278-85.
- Gonzalez JS, Safren SA, et al. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care*. 2007;30(9):2222-7.
- Lustman PJ, Anderson RJ, et al. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 2000;23(7):934-42.
- Black SA, Markides KS, et al. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(10):2822-8.
- de Groot M, Anderson RJ, et al. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63(4):619-30.

22. Lloyd CE, Nouwen A, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders in people with Type 2 diabetes: results from the International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression (INTERPRET-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. *Diabetic Medicine*. 2018;35(6):760-9.
23. Burns R, Deschênes S, et al. Cyclical relationship between depressive symptoms and diabetes distress in people with type 2 diabetes mellitus: results from the Montreal Evaluation of Diabetes Treatment Cohort Study. *Diabetic Medicine*. 2015;32(10):1272-8.
24. Ehrmann D, Kulzer B, et al. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: analysing incidence and persistence. *Diabetic Medicine*. 2015;32(10):1264-71.
25. Kokoszka A, Pouwer F, et al. Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: a Polish study from the European Depression In Diabetes (EDID) Research Consortium. *European Psychiatry*. 2009;24(7):425-30.
26. Wilhelm K, Reddy J, et al. The importance of screening for mild depression within a diabetes service. Paper presented at: The Annual Scientific Meeting of the Australian Diabetes Society and Australian Diabetes Educators Association. August 27-29; Melbourne, Australia; 2014.
27. Schram MT, Baan CA, et al. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European Depression In Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Reviews*. 2009;5(2):112-19.
28. Goldney RD, Phillips PJ, et al. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1066-70.
29. Egede LE, Zheng D, et al. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25:464-70.
30. Park M, Katon WJ, et al. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2013;35(3):217-25.
31. Ismail K, Winkley K, et al. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression on mortality. *Diabetes Care*. 2007;30(6):1473-9.
32. Baldwin DS, Anderson IM, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2014;28(5):403-39.
33. Neftci G, Hendrieckx C, et al. Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2019;33(8):523-9.
34. Pouwer F, Schram MT, et al. How 25 years of psychosocial research has contributed to a better understanding of the links between depression and diabetes. *Diabetic Medicine*. 2020;37(3):383-392.
35. Pouwer F, Beekman AT, et al. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*. 2006;60(2):235-40.
36. Fisher L, Gonzalez JS, et al. The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic Medicine*. 2014;31(7):764-72.
37. Hessler D, Fisher L, et al. Causal and bidirectional linkages over time between depression and diabetes regimen distress in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2015;108(2):360-6.
38. Skinner JP. Twenty five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine*. 2020;37:193-400.
39. Kroenke K, Spitzer RL, et al. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*. 2003;41(11):1284-92.
40. Gómez-Gómez I, Benítez I, et al. Utility of PHQ-2, PHQ-8 and PHQ-9 for detecting major depression in primary health care: A validation study in Spain. *Psychological Medicine*. 2022:1-11.
41. Kroenke K, Spitzer RL, et al. The PHQ-9: validity of

- a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(9):606-13.
42. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*. 2002;32(9):1-7.
 43. Beck AT, Steer RA, et al. Manual. BDI-II. Inventario de depresión de Beck-II. Madrid: Pearson; 2011.
 44. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
 45. Herrero MJ, Blanch J, et al. A validation study of the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25, 277-283.
 46. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.
 47. Soler J, Pérez-Sola V, et al. Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1997;25:243-249.
 48. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960;23(1):56-62.
 49. Ramos-Brieva JA. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1986;14, 324-334.
 50. Roy T, Lloyd C, et al. Screening tools used for measuring depression among people with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*. 2012;29(2):164-75.
 51. Lloyd CE, Roy T. Top ten screening tools for measuring depression in people with diabetes. In: Lloyd CE, Pouwer F, et al., editors. *Screening for depression and other psychological problems in diabetes: a practical guide*. London: Springer; 2013.
 52. García-Herrera JM, Nogueras-Morillas V, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. 2011.
 53. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
 54. 50'Connor E, Gaynes BN, et al. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2013;158(10):741-54.
 55. Díaz FJ, Baca-García E, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patients reports. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2003;253:197-202.
 56. Beck AT, Kovacs M, et al. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47(2):343-52.
 57. Al-Halabí S, Sáiz PA, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016;9:134-142.
 58. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(2):256-64.
 59. Hegel MT, Oxman TE, et al. Watchful waiting for minor depression in primary care: remission rates and predictors of improvement. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28(3):205-12.
 60. Petrak F, Baumeister H, et al. Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015;3(6):472-85.
 61. Hermanns N, Caputo S, et al. Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. *Primary Care Diabetes*. 2013;7(1):1-10.
 62. Atlantis E, Fahey P, et al. Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004706.

63. Jorm AF, Allen NB, et al. A guide to what works for depression. Melbourne: beyondblue; 2009.
64. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32(4):380-95.
65. Bystritsky A, Danial J, et al. Interactions between diabetes and anxiety and depression: implications for treatment. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2014;43(1):269-83.



Capítulo 7

Trastornos de ansiedad



Mensajes clave

- Un trastorno de ansiedad^a es una afección psicológica que se caracteriza por una preocupación frecuente, intensa y excesiva que se presenta durante al menos 6 meses, que afecta sustancialmente al funcionamiento diario y causa un distrés considerable. Incluye la sensación de nerviosismo, inquietud y la imposibilidad de detener o controlar estas sensaciones.
- Los trastornos de ansiedad afectan a una de cada cinco personas con diabetes tipo 1 y, aproximadamente, a una de cada seis personas con diabetes tipo 2.
- Los síntomas de ansiedad elevada en personas con diabetes:
 - Se asocian a resultados metabólicos y de manejo de la diabetes subóptimos, a complicaciones relacionadas con la diabetes, a síntomas depresivos y a un deterioro de la calidad de vida.
 - Pueden ser difíciles de reconocer, ya que la ansiedad grave y los ataques de pánico comparten algunos síntomas físicos similares a los de la hipoglucemia (p. ej., sudoración, aumento del ritmo cardíaco, temblores y náuseas).
- Un cuestionario breve, como el de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés *Generalized Anxiety Disorder*), puede servir para identificar a personas con síntomas de ansiedad elevada. Sin embargo, para confirmar la existencia de un trastorno de ansiedad es necesario realizar una entrevista clínica.
- Los trastornos de ansiedad pueden tratarse de forma eficaz (p. ej., con terapias psicológicas y medicación).



Puntos a tener en cuenta

- Evalúa a las personas con diabetes para detectar síntomas de ansiedad elevada mediante un breve cuestionario validado; recuerda que los trastornos de ansiedad deben confirmarse mediante una entrevista clínica.
- El tratamiento del trastorno de ansiedad dependerá de la gravedad y el contexto de los síntomas, así como de las preferencias de la persona. Ayudar a una persona con un trastorno de ansiedad, para acceder a un tratamiento adecuado, puede requerir un enfoque de atención colaborativa que comience con su médico de familia (MF).
- Ten siempre en cuenta que los síntomas de ansiedad elevada también requieren atención, ya que pueden convertirse en un trastorno de ansiedad.

^aEn este capítulo, el término trastorno de ansiedad se utiliza cuando el diagnóstico se confirma mediante una entrevista clínica siguiendo los criterios del DSM-5 o de la CIE-11. El término síntomas de ansiedad elevada se utiliza cuando la información facilitada por el paciente aún no ha sido confirmada mediante una entrevista clínica. Los trastornos de ansiedad son diferentes a la ansiedad específica de la diabetes (p. ej., miedo a la hipoglucemia, a la hiperglucemia, a las inyecciones o a las complicaciones), que se tratan en el [capítulo 4](#).

¿Son muy frecuentes los síntomas de ansiedad elevada??

Diabetes tipo 1^{b,1}Diabetes tipo 2^{b,2}

¿Qué es un trastorno de ansiedad?

Un trastorno de ansiedad es una afección psicológica caracterizada por un nivel de ansiedad y una preocupación persistentes y excesivos.³ También se conoce como ansiedad clínica. La preocupación va acompañada de una serie de síntomas:³

- Emocionales (sentirse intranquilo, preocupado, irritable o en pánico, incluidos los ataques de pánico).
- Cognitivos (pensar que no se puede hacer frente a la situación o tener dificultades para concentrarse).
- Conductuales (agresividad, inquietud motora, no parar de moverse o evitación).
- Físicos (aceleración del ritmo cardíaco, temblores, mareos, sudoración o náuseas).

A diferencia de la ansiedad no clínica, que es una respuesta normal a una amenaza percibida o a una situación estresante, un trastorno de ansiedad es algo problemático, ya que afecta al funcionamiento cotidiano y provoca un distrés considerable³. No es algo que pueda atribuirse a los efectos de una sustancia (p. ej., un medicamento), a una patología (p. ej., hipertiroidismo) o a otro problema de salud mental (p. ej., depresión).

Los trastornos de ansiedad pueden adoptar muchas formas, entre ellas:^{4,5}

- trastorno de ansiedad generalizada: preocupaciones intensas, excesivas y diarias sobre múltiples situaciones;
- trastorno de ansiedad social: miedo excesivo e intenso a ser juzgado por otras personas, lo que desemboca en evitar situaciones sociales;

- trastorno de pánico: ataques de pánico recurrentes, imprevisibles y graves;
- fobia específica: miedo intenso e irracional a objetos o situaciones cotidianas específicas (p. ej., fobia a las arañas, a las inyecciones o a la sangre).

El «*Gold standard*» para diagnosticar un trastorno de ansiedad es una entrevista clínica diagnóstica estandarizada, p. ej., la Entrevista Clínica Estructurada (*Structured Clinical Interview*) para los trastornos del DSM-5 (SCID-5; scid5.org). Las descripciones completas de los trastornos de ansiedad, los síntomas y los criterios diagnósticos se recogen en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)⁴ y en la 11ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11).⁵ Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad y una preocupación persistentes y excesivas, difíciles de controlar, que se producen la mayoría de los días. También se caracteriza por tres o más de los siguientes síntomas, presentes la mayoría de los días durante al menos seis meses:⁵

- inquietud o sensación de nerviosismo;
- fatigarse con facilidad;
- dificultad para concentrarse o quedarse en blanco;
- irritabilidad;
- tensión muscular;
- alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantenerse dormido, o sueño inquieto e

^b El 19.5 % y el 14.8 % respectivamente con diagnóstico de trastorno de ansiedad, basado en la evaluación psicológica a través de la entrevista MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

insatisfactorio).

Las personas con un trastorno de ansiedad pueden sufrir ataques de pánico, que son aumentos repentinos de miedo intenso. Los síntomas del ataque de pánico varían de una persona a otra, pero suelen incluir una combinación de: aceleración del ritmo cardíaco, palpitaciones, dificultad para respirar, mareos, náuseas, sudoración, temblores, sequedad bucal, sensación de entumecimiento, sofocos o escalofríos, sensación de ahogo, desrealización (sensación de desconexión del propio entorno), despersonalización (sensación de desconexión de uno mismo) y miedo a «volverse loco», «perder el control», desmayarse o morir.^{4,5}

El trastorno de ansiedad subumbral se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad elevada que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad. Aunque son menos graves, estos síntomas suelen ser persistentes, pueden representar una carga considerable y ser muy incapacitantes,⁶ por lo que merecen atención en la práctica clínica.

Trastornos de ansiedad en personas con diabetes

La diabetes se asocia tanto con síntomas de ansiedad elevada como con trastornos de ansiedad.^{7,8} Existen datos que avalan la existencia de una asociación bidireccional entre la ansiedad y la diabetes.^{7,8} Por tanto, es posible que las personas con síntomas de ansiedad elevada o un trastorno de ansiedad tengan mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, mientras que tener diabetes tipo 1 o tipo 2 puede hacer que la persona tenga mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad elevada o un trastorno de ansiedad.

En general, la prevalencia de los síntomas de ansiedad elevada y de los trastornos de ansiedad en las personas con diabetes está dentro del rango de las estimaciones para la población general.⁹ Es necesario realizar más investigaciones sobre los tipos específicos de trastornos de ansiedad asociados a la diabetes tipo 1 y tipo 2.⁹

Son muchos los factores que pueden contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad elevada o de un trastorno de ansiedad. Entre ellos se encuentran: los antecedentes personales o familiares, la

.....

^c Actualmente solo se dispone de datos para la diabetes tipo 2.

personalidad, las circunstancias vitales estresantes, el consumo de sustancias y las enfermedades fisiológicas¹⁰. Es posible que en algunas personas la diabetes no tenga nada que ver, mientras que en otras puede ser un factor contribuyente. Puesto que son varios los factores que pueden contribuir, la causa exacta varía dependiendo de la persona.¹⁰

En las personas con diabetes, los síntomas de ansiedad elevada se asocian a resultados médicos y psicológicos adversos, entre los que destacan:

- › un manejo subóptimo y conductas poco saludables (p. ej., poca actividad física, tabaquismo o consumo excesivo de alcohol)¹¹⁻¹⁷
- › niveles elevados de HbA1c^{11,18-20} y otros indicadores metabólicos subóptimos (p. ej., un mayor IMC, un mayor índice cintura/cadera, un mayor perímetro abdominal, triglicéridos altos o presión arterial elevada; menor colesterol HDL)^{11,12,14,21}
- › aumento de la prevalencia de complicaciones y comorbilidades relacionadas con la diabetes^{13,17,22,23}
- › la presencia de síntomas depresivos^{c,17,20} y el deterioro de la calidad de vida.^{20,23,24}



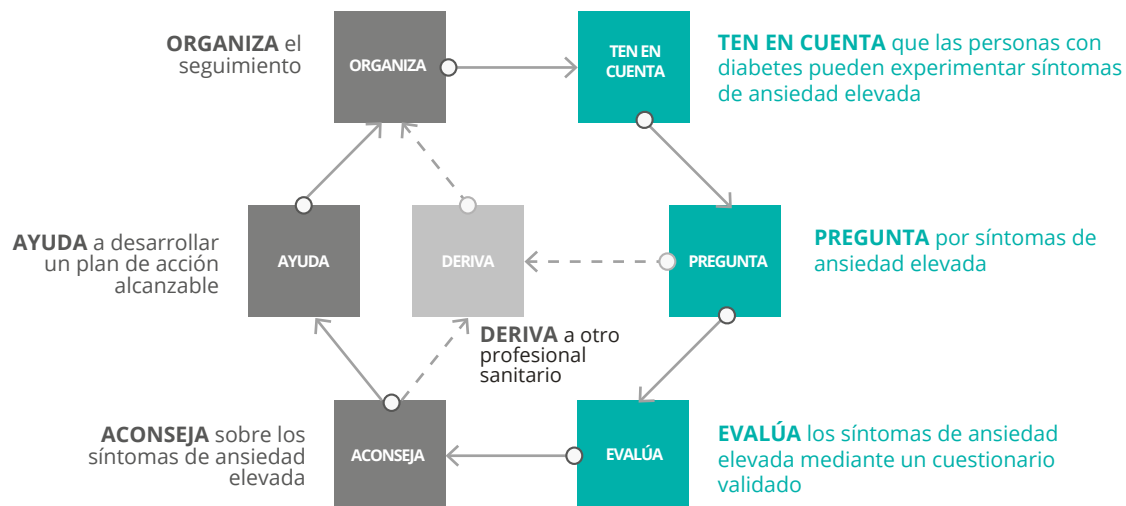
Es probable que las personas con un trastorno de ansiedad y síntomas depresivos concomitantes experimenten un mayor deterioro emocional, tarden más en recuperarse y estén menos comprometidos con el autocuidado de la diabetes.^{25,26}

El modelo de los "7 PASOS": Ansiedad

Este modelo dinámico propone un proceso de 7 pasos que se puede aplicar en la práctica clínica. El modelo consta de dos fases:

- ¿Cómo identifico los síntomas de la ansiedad elevada?
- ¿Cómo puedo apoyar a una persona que tiene síntomas de ansiedad elevada?

Aplica el modelo de manera flexible dentro de un enfoque asistencial centrado en la persona. Puedes acceder a un resumen del modelo de los 7 pasos en el apartado "Cómo utilizar esta guía práctica y las herramientas".



¿Cómo identifico los síntomas de la ansiedad?

■ TEN EN CUENTA

Los trastornos de ansiedad se manifiestan con síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos. Algunos de los signos más comunes a los que hay que prestar atención son: preocupación excesiva y persistente, ataques de pánico e irritabilidad. También hay que estar atento a las señales de que la persona no está pudiendo afrontar bien la situación, como, p. ej., los trastornos del sueño. Cada persona experimenta diferentes síntomas ante un trastorno de ansiedad.



Se suelen utilizar dos sistemas de clasificación para diagnosticar un trastorno de ansiedad: el DSM-5⁴ y la CIE-11.⁵ Consúltalos si deseas obtener un listado completo de los síntomas y los criterios diagnósticos concretos de cada tipo de trastorno de ansiedad.

Los síntomas de ansiedad pueden confundirse con síntomas de hipoglucemia (y viceversa): p. ej., las palpitaciones, la confusión, los temblores, la sudoración, los mareos, el dolor de cabeza y las náuseas son síntomas tanto de la hipoglucemia como de los ataques de pánico.^{27,28} Por tanto, las personas con diabetes y los profesionales sanitarios pueden pasar por alto o interpretar erróneamente los síntomas de la ansiedad elevada (p. ej., como una dolencia física), quedándose el trastorno de ansiedad sin detectar y sin diagnosticar.^{27,28}

■ PREGUNTA

Puedes preguntar por los síntomas de la ansiedad elevada:

- Cuando la persona te informe de síntomas o tú hayas observado signos (p. ej., cambios de humor/comportamiento).

- En momentos en los que el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad es mayor, como, p. ej.:
 - durante o después de acontecimientos vitales estresantes (p. ej., un proceso de duelo, una experiencia traumática, el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal o de larga duración);
 - periodos de retos o ajustes importantes relacionados con la diabetes (p. ej., tras recibir el diagnóstico de la diabetes o de las complicaciones, hospitalización o una hipoglucemia grave con pérdida de conocimiento).
- Si la persona tiene antecedentes de algún trastorno de ansiedad o de otros problemas de salud mental.
- Siguiendo las guías de práctica clínica. (ver Introducción, [cuadro 1](#))

Si, durante la conversación, hay algo que te haga pensar que la persona puede estar teniendo síntomas de ansiedad elevada, hazle preguntas más concretas, como, p. ej.:

- «Parece que hay muchas cosas distintas que le preocupan en su vida; ¿cómo le está afectando todo esto?»
- «Me comenta que últimamente ha estado [muy cansada, nerviosa/tensa/estresada]. Hay muchas cosas que podemos hacer para ayudarle. ¿Le parece si lo hablamos un poco más?»

En caso de que la conversación sugiera que la persona está experimentando síntomas de ansiedad elevada, se deben investigar más a fondo (ver **EVALÚA**).



PREGUNTA siempre por el bienestar de la persona en cada consulta. Es una buena forma de crear un ambiente de apoyo y de establecer una buena relación. También te puede ayudar a conocer mejor las cosas que pueden estar afectando a su manejo de la diabetes y a sus resultados, cosas que puede que no surjan al abordar únicamente los aspectos físicos o médicos de la enfermedad.

Consulta el [capítulo 1](#) si deseas obtener más información en cuanto a cómo mantener conversaciones sobre los aspectos emocionales de la diabetes.

Hay muchas formas de preguntar por los síntomas de la ansiedad. Puedes formularle preguntas abiertas, pasarle un breve cuestionario estructurado o combinar ambos.

Opción 1: Formúlele preguntas abiertas

Las siguientes preguntas abiertas se pueden integrar fácilmente en una consulta rutinaria:

- «Hace tiempo que no nos vemos; dígame, ¿qué tal le ha ido?»
- «Sé que hoy hemos hablado sobre todo del manejo de la diabetes, pero ¿cómo se ha sentido usted últimamente? Me refiero a sus emociones, por si pudiera hablarme un poco al respecto»

Opción 2: Utiliza un cuestionario breve

Otra posibilidad es utilizar un cuestionario breve para indagar sobre los síntomas de la ansiedad elevada de forma sistemática. Las dos preguntas siguientes, en su conjunto, forman el cuestionario denominado Trastorno de Ansiedad Generalizada Dos o GAD-2, por sus siglas en inglés (*Generalized Anxiety Disorder Two*).^{29,30} Son los síntomas fundamentales que se necesitan para diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada.

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Nunca = 0; Varios días = 1; Más de la mitad de los días = 2; Casi cada día = 3.

Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a.

0 1 2 3

Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación.

0 1 2 3

PHQ-2: phqscreeners.com



En lugar de administrarlo como un cuestionario, podrías integrar ambas preguntas en la conversación.

La puntuación total se obtiene sumando las respuestas a las dos preguntas. Una puntuación total de 3 o más indica la presencia de síntomas de ansiedad elevada,²⁹ por lo que se debe investigar más a fondo el caso.

En este punto, es aconsejable preguntar si la persona ha sido diagnosticada de un trastorno de ansiedad y, en caso afirmativo, si está recibiendo tratamiento y de qué tipo.

Si la puntuación total es de 3 o más y la persona no está en tratamiento por un trastorno de ansiedad, podrías decirle algo así: *«Parece que presenta algunos síntomas ansiosos, algo que puede ser una reacción normal ante [...]. Existen varias opciones de tratamiento que son eficaces para la ansiedad, pero antes tendríamos que conocer un poco mejor los síntomas. Si le parece bien, me gustaría hacerle algunas preguntas más».*

A continuación, quizá quieras valorar su trastorno de ansiedad mediante un cuestionario más completo (ver **EVALÚA**). Consulta el [capítulo 1](#) (Comunicación y Compromiso) para obtener más información sobre el uso de cuestionarios en la práctica clínica.

Si la puntuación total es inferior a 3 pero sospechas que hay un problema, quizá la persona esté sufriendo distrés por diabetes (ver [capítulo 3](#)), depresión (ver [capítulo 6](#)) o algún otro problema de salud mental.

■ EVALÚA

Cuestionario validado

El cuestionario *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7)³¹ consta de siete ítems y ha sido diseñado para detectar síntomas de trastorno de ansiedad generalizada. También sirve como indicador de ataques de pánico y ansiedad social.^{29,32}

La versión en español del GAD-7³³ está incluida en la Guía de Cuestionarios y Escalas disponible en el sitio web de la SED. Es rápido de administrar y de libre acceso (phqscreeners.com). Cada ítem se mide en una escala de cuatro puntos que va de 0 (nunca) a 3 (casi cada día). La puntuación total va de 0 a 21 y se obtiene sumando las puntuaciones individuales.

En la población general, las puntuaciones del GAD-7 se interpretan de la siguiente manera:³⁴

- 0-4 indica la ausencia de síntomas ansiosos (o un nivel mínimo);
- 5-9 indica síntomas ansiosos leves;
- 10-21 indica síntomas ansiosos de moderados a graves.



Pedirle a la persona que complete el GAD-7 puede servir para iniciar un diálogo sobre los síntomas ansiosos y el efecto que pueden tener en su vida y/o en el manejo de la diabetes. También puede servir para hacer un seguimiento sistemático de los síntomas de la ansiedad (p. ej., para comprobar si los síntomas son constantes o cambian con el tiempo).



Recuerda que los síntomas de la ansiedad pueden coincidir con los síntomas de una hipoglucemia (p. ej., sudoración, temblores), por lo que hay que tener en cuenta el contexto de los síntomas somáticos, ya que los ítems del GAD-7 evalúan los síntomas, pero no pueden determinar su causa.



Una puntuación total en el GAD-7 de 10 o más debe ir seguida de una entrevista clínica que emplee los criterios del DSM-54 o de la CIE-115 para confirmar la presencia de un trastorno de ansiedad.

Otras consideraciones

¿De qué tipo de trastorno de ansiedad se trata y cuál es su gravedad? Si el GAD-7 indica un posible trastorno de ansiedad, confírmalo mediante una conversación sobre los síntomas y una entrevista clínica. P. ej., ¿se trata de un trastorno de ansiedad generalizado, un trastorno de ansiedad social o un trastorno de pánico?³⁵ Es importante valorar si la persona tiene múltiples trastornos de ansiedad concomitantes.³⁶

¿Cuál es el contexto de los síntomas de ansiedad elevada? ¿Hay alguna circunstancia vital (temporal o persistente) que pueda subyacer a los síntomas de ansiedad elevada (p. ej., un suceso traumático, estrés crónico, cambio/pérdida de trabajo, preocupaciones económicas, problemas familiares/de pareja)? ¿Qué apoyo social tiene la persona? ¿Qué papel desempeñan los factores específicos de la diabetes (p. ej., el miedo a la hipoglucemia, ver [capítulo 4](#))?

¿Hay algún factor (fisiológico, psicológico o conductual) concomitante o que pueda estar causando o contribuyendo a que se den los síntomas de ansiedad elevada? Responder a esto puede suponer la realización de una anamnesis completa, p. ej.:

- ¿Tiene antecedentes (o antecedentes familiares) de ansiedad o de otros problemas psicológicos, p. ej., depresión (ver [capítulo 6](#)), algún trauma, trastorno bipolar, alcoholismo o abuso de sustancias o trastornos somáticos^{28,35}? Estas patologías también se deben tener en cuenta y hablarse cuando proceda (p. ej., ¿Cuándo y cómo se trató? ¿La persona pensaba que era un tratamiento eficaz? ¿Cuánto tardó en recuperarse?).
- ¿Tiene alguna patología subyacente que pueda contribuir a la aparición de los síntomas? P. ej., hipoglucemia, hipertiroidismo o hipotiroidismo, alguna dolencia del oído interno, de índole cardíaca o respiratoria, un déficit de vitamina B o efectos secundarios de la medicación.^{28,35}
- Explora otros posibles factores contribuyentes. P. ej., ¿qué medicamentos (incluidas las terapias alternativas) toma en la actualidad? ¿Consume drogas y/o alcohol?

¿Está esta persona en riesgo de suicidio?³⁶ Consulta el [cuadro 6.3 \(capítulo 6\)](#) para obtener más información sobre cómo evaluar el riesgo de suicidio.

No tiene síntomas de ansiedad elevada. ¿Entonces? Si sus respuestas al cuestionario no muestran la presencia de síntomas de ansiedad elevada:

- puede que la persona se muestre reacia a abrirse contigo o que se sienta incómoda confesándote que se siente ansiosa;
- plantéate si puede estar padeciendo otro problema psicológico (p. ej., distrés por diabetes, ver [capítulo 3](#)), depresión (ver [capítulo 6](#)) o algún miedo relacionado específicamente con la diabetes (ver [capítulo 4](#)).



Si alguna de estas evaluaciones estuviera fuera de tu ámbito competencial, debes derivar a la persona a otro profesional (ver **DERIVA**).



¿Cómo puedo apoyar a una persona que tiene síntomas de ansiedad elevada?

Una vez hayas detectado que la persona tiene síntomas de ansiedad elevada, ya puedes aconsejarla sobre los siguientes pasos a dar y, después, decidir juntos qué hacer a continuación.

- Explícale que sus respuestas al GAD-7 indican que tiene síntomas de ansiedad elevada y también que:
 - puede que tenga un trastorno de ansiedad, lo que deberá confirmarse en una entrevista clínica;
 - los síntomas ansiosos fluctúan en función de los estresores vitales y que puede ser necesario volver a evaluarlos más adelante (p. ej., cuando el estresor haya pasado o sea menos intenso).
- Pregúntale qué piensa sobre su puntuación (es decir, si representa su estado de ánimo actual).
- Explícale qué es un trastorno de ansiedad y cómo puede afectar a su vida en general, así como al manejo de la diabetes.
- Infórmele de que los trastornos de ansiedad son algo habitual y que tiene ayuda y apoyo a su disposición; que los trastornos de ansiedad son tratables y que se pueden manejar de manera eficaz.

- Reconoce ante ella que la detección y el asesoramiento por sí solos no son suficientes; explícale que es necesario que reciba tratamiento, cosa que puede ayudarla a mejorar su vida en general, así como el manejo de la diabetes.
- Dale la oportunidad de hacerte preguntas.
- Elaborad un plan conjunto sobre los «siguientes pasos» (p. ej., lo que hay que conseguir para reducir los síntomas de la ansiedad y el apoyo que pueda necesitar).



Si la persona te confirma que en las últimas semanas ha tenido síntomas de ansiedad elevada, averigua si están relacionados con un estresor temporal específico (como hablar en público) o con un estrés continuo (como constantes problemas laborales o económicos), ya que te ayudará a elaborar el plan de acción.

Siguiente paso: ¿AYUDA o DERIVA?

- La decisión de apoyar a la persona tú mismo o contar con otros profesionales sanitarios dependerá de lo siguiente:
 - Las necesidades y preferencias de la persona con diabetes.
 - Tu formación, conocimientos, capacidades y confianza para abordar los síntomas de la ansiedad elevada.
 - La gravedad de los síntomas ansiosos y el contexto del problema o problemas.
 - Si existen otros problemas psicológicos, como el distrés por diabetes (ver [capítulo 3](#)) o depresión (ver [capítulo 6](#)).
 - Tu ámbito de actuación y si dispones del tiempo y los recursos necesarios para ofrecer un nivel de apoyo adecuado.
- Si crees que es necesario derivar a la persona a otro profesional sanitario:
 - Explícale por qué (p. ej., qué puede ofrecerle el otro profesional sanitario que tú no puedes).
 - Pregúntale qué le parece lo que le propones.
 - Habla con ella de lo que le gustaría conseguir al ser derivada a otro profesional, ya que esto influirá en a quién se la derivará.

■ AYUDA

Ni los síntomas de la ansiedad elevada ni los trastornos de ansiedad suelen mejorar de forma espontánea,³⁷ por lo que es importante intervenir. El modelo de atención escalonada sirve de guía para abordar los síntomas de la ansiedad elevada en la práctica clínica.³⁸⁻⁴⁰

Una vez confirmado el trastorno de ansiedad mediante una entrevista clínica, y si crees que puedes ayudar a la persona:

- Explícale las opciones de tratamiento más adecuadas (ver [cuadro 7.1](#)) exponiéndole los pros y los contras de cada opción y teniendo en cuenta:
 - el contexto y la gravedad del trastorno de ansiedad;
 - los datos empíricos más recientes sobre tratamientos eficaces (p. ej., el enfoque de colaboración y/o de atención escalonada);
 - sus conocimientos, motivación y preferencias respecto a cada una de las opciones.

- Dale la oportunidad de hacerte preguntas.
- Acordad un plan de acción conjunto y estableced objetivos alcanzables para manejar tanto el trastorno de ansiedad como la diabetes. Se puede incluir una adaptación del plan de manejo de la diabetes si el trastorno ansioso le ha supuesto un impedimento para su autocuidado.
- Ofrécele apoyo y tratamiento de acuerdo con tu formación, conocimientos, habilidades y confianza; p. ej., quizá puedas recetar medicamentos, pero no realizar una intervención psicológica o viceversa.
- Asegúrate de que la persona se sienta a gusto con este enfoque.
- Al finalizar la conversación, plantéate ofrecerle algo de información para que la lea en casa. Al final de este capítulo figuran varios recursos que pueden ser útiles para una persona con diabetes que tiene un trastorno ansioso. Selecciona uno o dos de los que sean más relevantes para la persona; es mejor no abrumarla con demasiada información.

Al principio, algunas personas no querrán iniciar el tratamiento. Sin embargo, conviene ofrecerles apoyo y asesoramiento sobre trastornos de ansiedad. Esto reforzará el mensaje de que cuentan con apoyo, permitiéndoles tomar una decisión informada para comenzar el tratamiento cuando se sientan preparadas.

■ DERIVA

Si decides derivar a la persona, considera a un:

- **Médico de familia (MF)**, para que realice una entrevista clínica y diagnostique el trastorno de ansiedad, intervenga y/o derive a un profesional de la salud mental adecuado y prescriba y supervise la medicación.
- **Psicólogo**, para que realice una entrevista clínica y ofrezca terapia psicológica (p. ej., terapia cognitivo-conductual o terapia basada en la exposición).
- **Psiquiatra**, para que realice una entrevista clínica y prescriba y supervise los medicamentos. La derivación puede ser necesaria en el caso de un cuadro clínico inicial complejo (p. ej., si se sospecha de patologías psiquiátricas graves, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, o de trastornos médicos concomitantes complejos).

Cuadro 7.1: Tratamiento de los trastornos de ansiedad

No entra en el ámbito de esta guía práctica recomendar tratamientos farmacológicos ni psicológicos específicos para tratar los trastornos de ansiedad en personas con diabetes. No obstante, a continuación, se exponen algunas consideraciones generales basadas en los datos empíricos disponibles en el momento de la publicación de esta guía:

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) suelen ser el tratamiento farmacológico de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de pánico.^{25,41} Para fobias concretas, el tratamiento farmacológico no es el tratamiento estándar de primera línea.²⁵
- La terapia cognitivo-conductual (TCC) suele ser la intervención psicológica de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, el trastorno de pánico y las fobias concretas.^{25,41} Cuando existe una conducta de evitación, se debe combinar la TCC con la exposición.⁴¹
- Los datos empíricos actuales no respaldan la combinación de enfoques farmacológicos y psicológicos para el trastorno de ansiedad generalizada ni el trastorno de ansiedad social.^{25,41} En el caso del trastorno de pánico, puede ser beneficioso combinar la intervención psicológica y los tratamientos farmacológicos.^{25,41}
- Algunos medicamentos empleados en el tratamiento de problemas de salud mental (p. ej., antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos) pueden tener efectos secundarios adversos, como el aumento de peso y anomalías metabólicas, y están asociados a la resistencia a la insulina.⁴² Por lo general, las benzodiazepinas no se recomiendan como tratamiento de primera línea debido al riesgo de adicción.^{25,28} Antes de prescribir estos medicamentos, hay que sopesar los riesgos y beneficios y si son idóneos para la persona.
- Existen datos que respaldan la aplicación de modelos de atención escalonada y atención colaborativa para tratar los trastornos de ansiedad en la población general.^{38,39,43,44} Un ensayo reciente determinó que el enfoque de atención escalonada era eficaz para la reducción de los síntomas ansiosos de personas con diabetes.⁴⁰
- Es probable que la intervención temprana beneficie a las personas con un trastorno de ansiedad subumbral.⁶ Se ha investigado poco sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas y farmacológicas.⁶ Se ha propuesto un enfoque escalonado, comenzando con una actitud vigilante y aumentando gradualmente la intensidad de la intervención a medida que los síntomas persistan o aumenten.^{6,45}

- **Trabajador social o profesional de enfermería en salud mental**, para que ayude a la persona a encontrar formas de manejar con eficacia las situaciones que contribuyen a su depresión o inhiben su tratamiento (p. ej., traumas o estresores vitales), utilizando entrenamiento de habilidades (p. ej., resolución de problemas y manejo del estrés).

Si la persona lo prefiere, puede contactar con estos profesionales de manera privada y es recomendable que lleve un informe de su MF.

Consulta el [capítulo 9](#) para orientarte sobre cómo preparar las derivaciones de salud mental y qué decirle a la persona con diabetes sobre los motivos por los que la derivas.



Si es posible, plantéate derivar a la persona a profesionales sanitarios con conocimientos o experiencia en diabetes. Por ejemplo, si el manejo de la diabetes se ve afectado por su trastorno de ansiedad, puede necesitar un nuevo plan de manejo de la diabetes que se adapte mejor a sus necesidades y circunstancias en ese momento, lo que podría requerir la colaboración de un MF o de un especialista en diabetes (p. ej., un especialista en endocrinología o en educación en diabetes).



Si derivas a la persona a otro profesional sanitario, es importante:

- › que sigas viéndola después de haberla derivado para que tenga la seguridad de que sigues implicado en la continuidad de sus cuidados y
- › que estés en contacto permanente con el profesional sanitario para garantizar un enfoque coordinado.

■ ORGANIZA

En caso de que fuera necesario, y si hay margen, considera la posibilidad de incluir en el plan de acción citas de seguimiento más frecuentes o consultas prolongadas. Anímalas a concertar una cita de seguimiento contigo en el plazo que acordéis para supervisar los progresos y abordar cualquier problema que surja.

Además de las citas presenciales, las llamadas telefónicas o las videoconferencias pueden ser una forma práctica y útil de ofrecerle tu apoyo.

La salud mental es importante en sí misma, pero también es probable que repercuta en el manejo de la diabetes de la persona y en su salud física. Por lo tanto, es importante hacer un seguimiento para comprobar que se ciñe al tratamiento acordado.

En la cita de seguimiento, revisa el plan y habla de los progresos que se han hecho; p. ej., puedes decirle algo como: «*La última vez que nos vimos tenía bastante ansiedad. Hicimos un plan juntos para que le sirviera de ayuda y acordamos que pediría una cita para ver a Gemma, psicóloga, y le escribí un informe del caso. ¿Ha podido ir a verle? ¿Qué tal le ha ido con ella?*».



ESTUDIO DE CASO

MARI

Mujer de 37 años que vive con su pareja, Jorge.

Tiene diabetes tipo 1 (diagnosticada hace 21 años).

Profesional sanitario: Dra. Carmen González (endocrinóloga)

■ TEN EN CUENTA

Mari no se siente bien últimamente. Se encuentra muy preocupada por la diabetes y otros aspectos de su vida diaria. A menudo se siente irritable y cansada sin motivo, y se pregunta si tendrá que ver con la diabetes (p. ej., la falta de sueño puede deberse a hipoglucemias nocturnas). Le gusta tener las cosas en orden en su vida, así que le preocupa que esto le cambie su rutina. Mari le dice a Carmen que no sabe qué hacer y espera algunas respuestas de ella. Carmen escucha sus preocupaciones y le reconoce que algunos de los síntomas pueden estar relacionados con la diabetes. Sin embargo, no quiere descartar todavía otras causas porque es consciente de que la irritabilidad y el cansancio son síntomas que comparten varias enfermedades.

■ PREGUNTA

Carmen averigua los síntomas de Mari haciéndole preguntas abiertas: a veces se pone a sudar o a temblar y, cuando esto ocurre, se le acelera el ritmo cardíaco. Le ha ocurrido ya unas cuantas veces en el tren, de camino a su trabajo en la ciudad. Le resulta agotador física y mentalmente; la pone «de los nervios». A veces, un rápido control de glucemia le muestra que tiene una hipoglucemia, lo que explicaría sus síntomas, pero la mayoría de las veces sus niveles de glucosa están dentro de los objetivos. Su estado de ánimo está afectando a la relación con Jorge, su pareja, lo que le provoca aún más estrés y preocupación.

■ EVALÚA

Carmen piensa que es necesario hacer más evaluaciones e invita a Mari a rellenar dos cuestionarios de cribado: uno sobre ansiedad (el GAD-7) y otro sobre depresión (el PHQ-9). Mari obtiene una puntuación de 13 en el GAD-7, lo que sugiere que tiene niveles moderados de ansiedad. En el PHQ-9 obtiene una puntuación de 6, lo que indica síntomas depresivos leves. Carmen

comprueba el registro más reciente de su HbA1c y pide que se revisen los últimos valores glucémicos. Ni esta ni ninguna otra evaluación indica que los síntomas ansiosos de Mari tengan un origen fisiológico.

■ ACONSEJA

Carmen le explica a Mari las puntuaciones del cuestionario y le pregunta si encajan con cómo se ha sentido últimamente. También le explica los síntomas de la ansiedad y de la depresión, y la tranquiliza diciéndole que tiene varias opciones de tratamiento a su disposición, entre las que se encuentran recibir medicación, psicoterapia, o una combinación de las mismas. Mari parece interesada en buscar apoyo y tratamiento. Carmen le aconseja que pida una consulta con su MF lo antes posible para que la informen de los tratamientos más adecuados para ella. Le explica que un MF puede diagnosticarle la ansiedad y, si es necesario, buscarle tratamiento psicológico a, y recetarle medicación. Le deja todo el tiempo que necesite para hacerle las preguntas que quiera, y Mari accede a ver su MF. Carmen le entrega una copia de la hoja informativa Diabetes y ansiedad (ver «Hoja informativa») para que se la lleve a casa.

■ DERIVA

Con el permiso de Mari, Carmen le escribe un informe a su MF, en el que incluye las puntuaciones de los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9 y su interpretación.

■ ORGANIZA

Ambas acuerdan que Mari le pedirá a su MF una consulta lo antes posible y, una vez que haya ido a verle, concertará una cita de seguimiento con Carmen.



ESTUDIO DE CASO

ROBERTO

Varón de 47 años que vive con su mujer, Fabiola, y los hijos de ambos.

Tiene diabetes tipo 2 (diagnosticada hace 3 meses), que maneja sin medicación; tiene dislexia.

Profesional sanitario: Ana Puig (enfermera de práctica avanzada en diabetes).

■ TEN EN CUENTA

A Roberto le han diagnosticado diabetes tipo 2 hace poco, y su dislexia le está dificultando bastante el manejo de la enfermedad. Su MF lo ha derivado a Ana para que le proporcione educación terapéutica. Ana y Roberto se han reunido dos veces y han empezado a forjar una buena relación. Ana considera que Roberto ha asimilado bastante bien el diagnóstico, pero cree que necesita reforzar su confianza en el manejo de la enfermedad. Han trabajado juntos en ello, pero Ana ha observado que Roberto es una persona bastante ansiosa, ya que:

- no para de moverse durante las consultas;
- se pone visiblemente nervioso (manos temblorosas, palmas sudorosas), sobre todo cuando practica la lectura de las etiquetas de los alimentos; su nerviosismo parece estar relacionado con la lectura e interpretación de información escrita;
- se muestra preocupado porque no sabe si está llevando un manejo «correcto» de la diabetes;

Ana ha empezado a preocuparse por los niveles de ansiedad de Roberto, así que, cuando él le menciona que no ha estado durmiendo bien, ella decide investigar más.

■ PREGUNTA

Ana le pregunta por qué no ha estado durmiendo bien, a lo que él responde: «No puedo desconectar la mente... Estoy preocupado por mi padre, que hace tiempo que no está bien, y por cómo les va a mis niños en el colegio, y encima ahora lo de la diabetes... y también me preocupan tonterías: los ruidos por la noche, si llegué a cerrar el coche... Fabiola me llama "don Angustias". No me lo dice, pero sé que le molesta... Pero es que no lo puedo evitar». Ana le pregunta si su nivel de preocupación también le molesta, y él le dice que sí. Dice que se preocupa «a veces durante el día, pero por la noche es peor».

■ EVALÚA

Ana le dice que es bastante normal que las personas con diabetes desarrollen problemas de ansiedad y preocupación constante. Le pregunta a Roberto si le importaría responder a algunas preguntas para conocer mejor sus preocupaciones. Roberto acepta, así que Ana:

- abre una copia del GAD-7 en la pantalla de su ordenador;
- le lee en voz alta a Roberto las preguntas y las opciones de respuesta y le pide que responda a cada pregunta.

Roberto obtiene una puntuación de 17, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad graves.

■ ACONSEJA

Ana le explica que su puntuación es alta, que se trata de algo más que preocupación: indica un posible trastorno de ansiedad. Le explica en qué consiste y le pregunta si encaja con cómo se ha sentido últimamente. Para tranquilizarlo, le dice: «Ya sabemos que hay un problema, así que ahora nos centraremos en lo que podemos hacer para ayudarle. El primer paso es que vaya a ver a su MF, que es quien puede confirmarte si tiene un trastorno de ansiedad. Además, también le puede ayudar a tratárselo, con medicación, psicoterapia o ambos. El tratamiento le ayudará a reducir las preocupaciones y los síntomas ansiosos, ayudándole a dormir mejor».

Roberto se muestra preocupado por lo que puedan pensar de él, especialmente sus compañeros de la obra. Ana le dice que la ansiedad es muy habitual, y que uno de cada cinco hombres sufre un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida.¹¹ Le tranquiliza diciéndole que es él quien decide a quién se lo cuenta (y a quién no) y le sugiere que, al principio, se lo cuente solo a su gente de confianza, como a su mujer y a su MF.

■ DERIVA

Ana le explica que puede seguir viéndola para recibir educación terapéutica en diabetes, pero que también tendrá que acudir a su MF para tratarse la ansiedad, ya que eso queda fuera de sus competencias. Ana se ofrece a escribirle un informe de derivación a su MF, incluyendo las respuestas de Roberto y sus puntuaciones en el cuestionario. Roberto acepta concertar una cita con su MF. Ana le sugiere que vaya a verle lo antes posible.

■ ORGANIZA

Acuerdan que Roberto volverá a ver a Ana dentro de una semana, ya que quieren continuar con su educación. Ana también quiere comprobar cómo evoluciona Roberto con su ansiedad y su MF. Debido a la gravedad de los síntomas de Roberto, Ana llama a su MF para comprobar si han recibido su derivación.

Recursos



Para profesionales sanitarios

Bibliografía revisada

➤ Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis

Descripción: Esta revisión explora la relación entre diabetes y ansiedad; en particular, si la diabetes se asocia a un mayor riesgo de trastornos y síntomas de ansiedad.

Fuente: Smith KJ, Beland M, et al. Journal of Psychosomatic Research. 2013;74:89-99

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23332522

➤ Diabetes and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis

Descripción: Otro meta-análisis más reciente en el que se examinó la asociación entre la diabetes y los síntomas de ansiedad.

Fuente: Amiri S & Behnezhad S. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2019.

URL: doi.org/10.1177/009121741983740

➤ Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study

Descripción: El artículo examina la prevalencia de síntomas elevados de ansiedad/depresión, sus correlatos demográficos/clínicos y las asociaciones con conductas de autocuidado en una muestra de 6590 adultos.

Fuente: Nefs G, Hendrieckx C et al. Journal of Diabetes and its Complications. 2019;33(8):523-529.

URL: doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2019.04.013

Guías y recomendaciones

➤ Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad del Sistema Nacional de salud (España)

Descripción: El objetivo de la guía es orientar a los profesionales sanitarios en el reconocimiento de los trastornos de ansiedad en pacientes adultos, y por otro lado, incluye recomendaciones basadas en la evidencia sobre las intervenciones terapéuticas para el manejo de pacientes adultos con trastornos de ansiedad abordables en Atención Primaria, como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.

URL: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Capítulos de libro

➤ Depression and anxiety in adults with diabetes

Descripción: Este capítulo ofrece una revisión sobre la intersección de la diabetes y la depresión y la ansiedad, haciendo hincapié en los factores contextuales y metodológicos que pueden ayudar a explicar sus asociaciones.

Fuente: Blevins L, González JS & Wagner J. En AM Delamater & DG Marrero (Eds.) Behavioral diabetes: social ecological perspectives for pediatric and adult populations. New York: Springer, 2020.

URL: link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-33286-0_21

Sitios web

➤ Consejo General de la Psicología de España. Infocop online

Descripción: Infocop Online es una revista digital, editada por el Consejo General de la Psicología de España orientada a todo el público interesado; ofrece toda la actualidad sobre la psicología en la web (artículos, noticias, entrevistas, reportajes, etc.) que muestran con rigor y rapidez lo que está ocurriendo en el mundo de la psicología. Aborda tópicos de interés relacionados con la salud mental y la psicología clínica y de la salud.

Fuente: Consejo General de la Psicología de España

URL: infocop.es/



Para personas con diabetes

Selecciona **uno** o **dos** recursos, los que consideres más relevantes y apropiados para la persona.

Proporcionar la lista completa podría abrumar y no servir de ayuda.

Apoyo

➤ Asociaciones de diabetes

Descripción: A través del sitio web de la FEDE (Federación Española de Diabetes) es posible buscar y acceder (por comunidad autónoma o por provincia) a federaciones y asociaciones de personas con diabetes. La mayoría de asociaciones ofrecen charlas/talleres, acceso a otras personas con diabetes, ayuda psicológica profesional, reuniones de grupos de apoyo, etc.

Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE)

URL: fedesp.es/

➤ Apoyo entre iguales

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre las oportunidades de apoyo entre iguales. Esta hoja informativa puede descargarse

del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

➤ Consejo General de la Psicología. Directorio de psicólogos/as

Descripción: En la sección "Colegios" se puede acceder al mapa de colegios oficiales de psicología por comunidades autónomas. En los sitios web de los colegios de cada comunidad hay un buscador que permite localizar a los psicólogos y las psicólogas colegiadas en esa comunidad.

Fuente: Consejo General de la Psicología de España. Listado de Colegios Oficiales de Psicología

URL: cop.es/index.php

Información

➤ Diabetes y ansiedad

Descripción: Hoja informativa para personas con ansiedad por la diabetes. Incluye sugerencias que la persona puede probar para controlar su ansiedad, incluidas sugerencias de apoyo. Esta hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

➤ Trastornos de ansiedad. Portal Clínic

Descripción: Portal Clínic es un proyecto de información sobre salud del Hospital Clínic, en colaboración con la Fundación BBVA. La plataforma incluye más de 150 contenidos sobre enfermedades, pruebas, procedimientos y prevención. Incluye contenidos sobre los trastornos de ansiedad.

Fuente: PortalCLÍNIC. Hospital Clínic, Barcelona

URL: clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad

Referencias

1. Castellano-Guerrero AM, Guerrero R, et al. Prevalence and predictors of depression and anxiety in adult patients with type 1 diabetes in tertiary care setting. Acta Diabetologica, 2018;55, 943-953.
2. Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, The MADIABETES Research Group, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus

- in Spain (the DIADEMA Study) : results from the MADIABETES cohort. *BMJ Open*. 2018;8:e020768.
3. Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona. ¿Qué es la ansiedad?. 2019 [citado 29 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>.
 4. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
 5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). 11a Revisión: Versión 2018 ed. Geneva: OMS; 2018.
 6. Haller H, Cramer H, et al. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BioMed Central Psychiatry*. 2014;14(1):128.
 7. Smith KJ, Deschênes SS, et al. Investigating the longitudinal association between diabetes and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*. 2018;35(6):677-93.
 8. Amiri S, Behnazhad S. Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2019.
 9. Smith KJ, Béland M, et al. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74(2):89-99.
 10. Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona. Causas de los trastornos de ansiedad. 2019 [citado 29 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/causas-y-factores-de-riesgo>.
 11. Balhara YPS, Sagar R. Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011;15(Suppl 1):S50-4.
 12. Engum A, Mykletun A, et al. Depression and diabetes: A large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(8):1904-9.
 13. Collins M, Corcoran P, et al. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2009;26(2):153-61.
 14. Bener A, Al-Hamaq A, et al. High prevalence of depression, anxiety and stress symptoms among diabetes mellitus patients. *Open Psychiatry Journal*. 2011;5:5-12.
 15. Lipscombe C, Smith KJ, et al. Gender differences in the relationship between anxiety symptoms and physical inactivity in a community-based sample of adults with type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2014;38(6):444-50.
 16. Lloyd C, Dyer P, et al. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*. 2000;17(3):198-202.
 17. Wu S-FV, Huang Y-C, et al. Relationships among depression, anxiety, self-care behaviour and diabetes education difficulties in patients with type-2 diabetes: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(11):1376-83.
 18. Ludman E, Katon W, et al. Panic episodes among patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28(6):475-81.
 19. Anderson RJ, de Groot M, et al. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2002;32(3):235-47.
 20. Labad J, Price J, et al. Symptoms of depression but not anxiety are associated with central obesity and cardiovascular disease in people with type 2 diabetes: the Edinburgh type 2 diabetes study. *Diabetologia*. 2010;53(3):467-71.
 21. Khuwaja AK, Lalani S, et al. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2010;2:72.
 22. Fisher L, Skaff MM, et al. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2008;25:1096-101.
 23. Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*. 1997;20(4):585-90.
 24. Kohen D, Burgess A, et al. The role of anxiety and

- depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Quality of Life Research*. 1998;7(3):197-204.
25. Baldwin DS, Anderson IM, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2014;28(5):403-39.
 26. Nefs G, Hendriekx C, et al. Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2019;33(8):523-9.
 27. McDade-Montez EA, Watson D. Examining the potential influence of diabetes on depression and anxiety symptoms via multiple sample confirmatory factor analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2011;42(3):341-51.
 28. Conn JJ, Silberberg CL, et al. Enhancing your consulting skills supporting self-management and optimising mental health in people with type 1 diabetes. Canberra: National Diabetes Services Scheme; 2014.
 29. Kroenke K, Spitzer RL, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146(5):317-25.
 30. García-Campayo J, Zamorano E, et al. The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10: 114.
 31. Spitzer RL, Kroenke K, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092-7.
 32. Kroenke K, Spitzer RL, et al. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32(4):345-59.
 33. García-Campayo J, Zamorano E, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010;8(1):1-11.
 34. Spitzer RL, Williams JBW, et al. Instruction manual: instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 measures [citado 29 Febrero 2015]. Disponible en: phqscreeners.com.
 35. Kyrios M, Mouding R, et al. Anxiety disorders: assessment and management in general practice. *Australian Family Physician*. 2011;40(6):370-4.
 36. Katzman MA, Bleau P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BioMed Central Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.
 37. Dixon A, Kozłowska K. Distinct developmental presentations. In: Boyce P, Harris A, et al., editors. *The Sydney Handbook of Anxiety Disorders: a guide to the symptoms, causes and treatments of anxiety disorders*. Sydney: Sydney Medical School, The University of Sydney; 2015.
 38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. London: 2018.
 39. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014;83(1):37-44.
 40. Stoop C, Nefs G, et al. Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2015;184:269-76.
 41. Bandelow B, Lichte T, et al. The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2014;111(27-28):473-80.
 42. Bystritsky A, Danial J, et al. Interactions between diabetes and anxiety and depression: implications for treatment. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2014;43(1):269-83.
 43. Archer J, Bower P, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;10:CD006525.
 44. Goorden M, Muntingh A, et al. Cost utility analysis of

a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014;77(1):57-63.

45. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*. 2000;41(2):1-7.

«La gente no tiene ni idea de lo duro que es convivir con la diabetes. Es agotador, no te da tregua; parece que piensan “bueno, basta con que te pongas tal cantidad de insulina y que comas tal cantidad de comida y te irá estupendamente”, pero no hay nada más lejos de la realidad... No se entienden los problemas, las dificultades, los dramas del día a día y el desgaste emocional y psicológico que supone, y creo que es necesario que se entiendan».

Persona con diabetes tipo 1

Capítulo 8

Problemas de la conducta alimentaria



Mensajes clave

- El término problemas de la conducta alimentaria engloba tanto las alteraciones de la conducta alimentaria como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Entre las alteraciones de la conducta alimentaria se encuentran las restricciones en el consumo de alimentos, la ingesta compulsiva y la sobreingesta y las prácticas de control de peso que no son lo suficientemente frecuentes o graves como para cumplir los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria TCA.
- Entre los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran varios trastornos diagnosticables (p. ej., anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón), que se caracterizan por una preocupación excesiva por la comida y el peso corporal y una conducta alimentaria alterada, con o sin conductas compensatorias para evitar el aumento de peso.
- Entre las personas con diabetes, son muy poco frecuentes los trastornos de la conducta alimentaria. Las alteraciones de la conducta alimentaria más frecuentes son los atracones y la restricción/omisión de insulina, pero no se dispone de datos precisos sobre su prevalencia.
- Los problemas alimentarios entre las personas con diabetes están asociados a un manejo y a unos resultados subóptimos de la diabetes, al sobrepeso y a la obesidad y al deterioro del bienestar psicológico. Por su parte, los trastornos de la conducta alimentaria están asociados a la aparición temprana de complicaciones de la diabetes y a una mayor morbilidad y mortalidad.
- Un cuestionario breve, como el SCOFF modificado adaptado a la diabetes (mSCOFF), puede servir para realizar un primer cribado en la práctica clínica. No obstante, es necesario realizar una entrevista clínica para confirmar la presencia de trastorno de la conducta alimentaria.
- Los problemas alimentarios se pueden manejar de manera eficaz con un equipo multidisciplinar que aborde en paralelo los problemas alimentarios y el tratamiento de la diabetes.

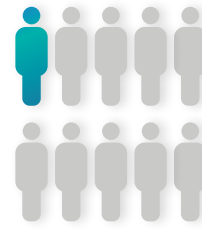
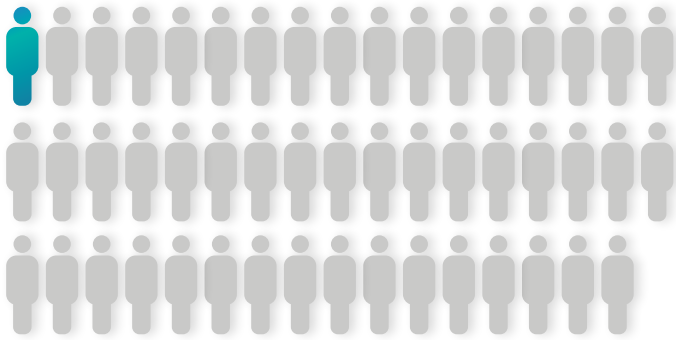


Puntos a tener en cuenta

- Hazle preguntas directas a la persona, con tacto y sin juzgarla, sobre sus conductas alimentarias y actitudes hacia la comida, la restricción/omisión de insulina y cualquier preocupación que pueda tener respecto a su peso/figura/talla.
- Evita no reforzar positivamente la pérdida de peso o los niveles bajos de HbA1c cuando (es probable que) haya problemas alimentarios.
- Ten en cuenta que los cambios pronunciados en los niveles de HbA1c y la cetoacidosis diabética recurrente podrían indicar omisión de insulina y alertar sobre la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria.

¿Son muy frecuentes los problemas de la conducta alimentaria?

Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón)



Diabetes tipo 1^{a,1-3}

Diabetes tipo 2^{2,4}

Alteraciones de la conducta alimentaria



Diabetes tipo 1⁵⁻⁸

Diabetes tipo 2^{9,10}

Consulta el [cuadro 8.1](#) para ver los antecedentes de esta sección.

¿Qué son los problemas de la conducta alimentaria?

Trastornos de la conducta alimentaria

Comprenden un grupo de trastornos diagnosticables, caracterizados por la preocupación por la comida, el peso y la figura corporal, que dan lugar a alteraciones de la conducta alimentaria con o sin conductas compensatorias para evitar el aumento de peso (p. ej., restricciones en el consumo de alimentos, ejercicio excesivo, vómitos autoinducidos, un uso indebido de medicamentos):^{2,3}

➤ **Anorexia nerviosa:** se caracteriza por una fuerte restricción de la ingesta calórica que da lugar a un peso anormalmente bajo para la edad, el sexo, la etapa de desarrollo y la salud física de la persona; un miedo intenso a engordar o un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso; y una alteración del peso o la de la autopercepción del cuerpo. Existen dos subtipos:

- anorexia nerviosa restrictiva, con una fuerte restricción de la ingesta calórica;
- atracones/anorexia nerviosa purgativa, con restricciones en el consumo de alimentos y

atracones y/o purgas ocasionales (p. ej., vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes).

- **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, al menos una vez a la semana durante 3 meses, y conductas compensatorias para evitar el aumento de peso. Al igual que en la anorexia nerviosa, el peso y la figura son cruciales en la autoevaluación de la persona. A diferencia de la anorexia nerviosa, el peso se sitúa en rangos normales, sobrepeso u obesidad.
- **Trastorno por atracón:** se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, al menos una vez a la semana durante 3 meses. Las personas con trastorno por atracón no realizan conductas compensatorias y suelen tener sobrepeso u obesidad.

Otros trastornos especificados y no especificados de la conducta alimentaria: se caracterizan por problemas alimentarios o trastornos de la conducta alimentaria que causan un malestar psicológico considerable o que repercuten en el funcionamiento diario, pero que no cumplen los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos. Algunos trastornos

^a Basado únicamente en mujeres jóvenes.

especificados de la conducta alimentaria son, p. ej., el «trastorno por purgas o purgativo» en ausencia de atracones y el síndrome del comedor nocturno.

Los criterios diagnósticos completos de los trastornos de la conducta alimentaria anteriormente mencionados se recogen en la 11ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11)¹¹ y en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5).¹² Los criterios para

diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria se han revisado en el DSM-5.¹²

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan normalmente durante la adolescencia, también pueden desarrollarse durante la infancia o desarrollarse/continuar en la edad adulta, y se dan en ambos sexos.¹³ P. ej., el trastorno por atracón es más frecuente en personas de mediana edad que en jóvenes y adultos jóvenes, y no hay preponderancia del sexo femenino.¹⁴

Cuadro 8.1: La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de las alteraciones de la conducta alimentaria en adultos con diabetes aún no está bien establecida.

Es probable que la diabetes esté asociada a un mayor riesgo de padecer problemas de la conducta alimentaria. Sin embargo, los datos publicados son contradictorios, ya que algunos estudios no muestran ninguna diferencia en la prevalencia en comparación con la población general, mientras que otros informan de índices más altos.³

Estas contradicciones se deben en gran medida a la metodología utilizada (p. ej., las medidas y los criterios de inclusión). Por ejemplo:

- Los datos se recogen normalmente con cuestionarios generales sobre trastornos de la conducta alimentaria, y los resultados no tienen por qué confirmarse con una entrevista o exploración clínicas.
 - Estos cuestionarios tienden a exagerar la prevalencia estimada de los trastornos de la conducta alimentaria y las alteraciones de la conducta alimentaria en las personas con diabetes.^{1,3,9} Algunas conductas que podrían considerarse problemáticas para las personas sin diabetes pueden ser un aspecto necesario del autocuidado de las personas con diabetes. Por consiguiente, algunos de los ítems de los cuestionarios generales sobre los trastornos de la conducta alimentaria no son apropiados para personas con diabetes.
 - Además de sobrestimar su prevalencia, estos cuestionarios no son lo suficientemente sensibles como para identificar conductas compensatorias específicas de la diabetes, como la restricción/omisión de insulina.¹⁵

Además, la mayoría de los estudios incluyen predominantemente a chicas adolescentes o mujeres jóvenes, y el tamaño de sus muestras suele ser pequeño.¹⁶

Debido a estas limitaciones, los datos científicos sobre los problemas alimentarios en adultos con diabetes son escasos y los resultados se deben interpretar con cautela.

A pesar de que los datos al respecto sean escasos, lo que sí se sabe es que:

- la prevalencia de la anorexia nerviosa entre las adolescentes y las mujeres jóvenes con diabetes es baja y no es mayor que entre la población general;¹
- las personas con diabetes son más propensas a realizar periódicamente sobreingestas, atracones y conductas compensatorias para evitar el aumento de peso,¹⁷ con conductas más frecuentes y graves que puede que cumplan los criterios de trastorno de la conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón.

Los futuros estudios sobre los comportamientos alimentarios deberían incluir a los hombres, ya que, al igual que ocurre con las mujeres, los atracones son más frecuentes en los hombres con diabetes tipo 2 que en los hombres sin diabetes.^{3,18}

Alteraciones de la conducta alimentaria

Se caracterizan por la presencia de algunos de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, pero no cumplen con todos los criterios para ser diagnosticados como tal; p. ej., episodios de atracones que se dan con menor frecuencia de la especificada para un diagnóstico de bulimia nerviosa o trastorno por atracón. Sin embargo, si estas conductas no se tratan, pueden convertirse en un trastorno de la conducta alimentaria. Las siguientes alteraciones de la conducta alimentaria pueden presentarse de forma aislada o como parte de un trastorno de la conducta alimentaria:¹²

- **Atracones:** se trata de comer en un periodo de dos horas una cantidad de comida que la mayoría de la gente consideraría exagerada; es una sobreingesta que va acompañada de una sensación de pérdida de control. Los atracones son un síntoma incluido en los tres principales trastornos de la conducta alimentaria (atracones/anorexia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón). Pueden producirse en respuesta a una alimentación restringida (p. ej., una alimentación basada en reglas/restrictiva), a señales emocionales (p. ej., comer cuando se sufre malestar psicológico o aburrimiento) y a señales externas (p. ej., comer como respuesta a ver, probar u oler comida) (ver [cuadro 8.2](#)).
- **Conductas compensatorias para evitar el aumento de peso:** incluyen actos deliberados para compensar el aumento de peso tras una sobreingesta o un atracón; p. ej., vómitos autoinducidos, ejercicio excesivo/intenso y compulsivo, abuso de medicamentos (p. ej., laxantes, diuréticos), omisión o restricción de insulina (u otro medicamento), ayunar, o abstenerse/reducir mucho el consumo de varios o todos los alimentos y bebidas.

Restricción u omisión intencionada de insulina

- Restringir u omitir la insulina para perder peso es algo exclusivo de las personas con diabetes y es la forma más frecuente de conducta compensatoria para evitar el aumento de peso.¹⁶ La restricción u omisión intencionada de insulina provoca hiperglucemia y pérdida de glucosa (y de calorías) en la orina, lo que le permite a la persona comer sin preocuparse tanto por engordar.
- En personas con diabetes tipo 1 y con alteraciones

de la conducta alimentaria, se han notificado índices de omisión de insulina de hasta el 40 %.¹⁹ Sin embargo, hay personas que omiten o restringen la insulina por motivos distintos a la pérdida de peso (p. ej., por miedo a la hipoglucemia).

- No todas las personas con diabetes y con un trastorno de la conducta alimentaria restringen u omiten la insulina para perder peso. Puede que restrinjan los alimentos/las calorías (ajustando adecuadamente la insulina), o pueden compensar alguna sobreingesta, como en las formas más comunes de los trastornos de la conducta alimentaria.¹⁹
- Tanto el afecto negativo general como el distrés por diabetes aumentan de manera considerable las probabilidades de que la persona restrinja la insulina.²⁰

Problemas de la conducta alimentaria en personas con diabetes

Hay indicios de que la propia diabetes podría ser un factor de riesgo a la hora de desarrollar o agravar los problemas alimentarios debido a:

- **Cambios de comportamiento:** El énfasis en el manejo de la alimentación (el tipo, la cantidad y la calidad de los alimentos ingeridos, así como el horario de comidas) puede provocar una restricción de la alimentación (restricción de la ingesta de alimentos y adopción de reglas sobre ellos) que está asociada a un mayor riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria y trastornos de la conducta alimentaria.^{30,31}
- **Cambios físicos:** Las personas con diabetes tipo 1 suelen perder peso antes del diagnóstico, y recuperarlo tras comenzar el tratamiento con insulina,¹⁶ mientras que el sobrepeso y la obesidad están asociados al diagnóstico de diabetes tipo 2.³² Aumentar de peso está asociado a insatisfacción con el propio cuerpo y a las preocupaciones por la figura,¹⁶ lo que a su vez aumenta el riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria.³³
- **Cambios psicológicos:** La carga psicológica del manejo de la diabetes puede llevar a un bajo estado de ánimo y distrés psicológico, los cuales están asociados a problemas alimentarios. Entre el 55% y el 98 % de las personas con un trastorno de la conducta alimentaria señalan que tienen un trastorno concurrente de ansiedad o del estado de ánimo.³⁴

Cuadro 8.2: Estilos de ingesta

Ciertos estilos de ingesta están asociados a dificultades para mantener o adaptarse a un peso y unos hábitos alimentarios saludables y pueden poner a las personas con diabetes en riesgo de desarrollar problemas alimentarios²¹. Algunos estilos de ingesta:²²

- **Emocional** (en respuesta a estados emocionales negativos, como la ansiedad, el malestar psicológico y el aburrimiento): proporciona consuelo o alivio temporal ante emociones negativas, como forma de regular el estado de ánimo. Está asociado al aumento de peso en adultos a la larga²³ y suele ser más frecuente en personas con sobrepeso u obesidad.²⁴
- **Externo** (en respuesta a señales relacionadas con la comida, como ver, oler o probar los alimentos): representa aproximadamente el 55% de los episodios de picar alimentos con alto contenido en grasa o azúcar entre personas con sobrepeso u obesidad.²⁵

Los estilos de ingesta emocional y externo pueden aumentar la probabilidad de picar alimentos con alto contenido en grasa o azúcar,²⁵ una mayor ingesta calórica,²⁶ sobreingestas y atracones²⁷ y picar por la noche.²⁸

- **Restrictivo** (intento de restricción de la ingesta de alimentos, parecido a una dieta, para perder peso o mantenerlo): entre personas con diabetes, puede tratarse de una estrategia adaptativa para manejar la dieta y el peso, pero existen datos de que puede estar asociado a unos niveles de HbA1c subóptimos.²⁹

Como primera medida, un profesional con conocimientos suficientes en nutrición y experiencia en diabetes es el más indicado para ayudar a las personas con diabetes cuyo estilo de ingesta les hace difícil mantener una alimentación y un peso saludables.

- **Cambios fisiológicos:** En la diabetes tipo 1, las células beta se destruyen y son incapaces de secretar insulina y amilina,¹⁶ mientras que, en la diabetes tipo 2, el funcionamiento de las células beta va decayendo y la resistencia a la insulina empeora con el tiempo.³⁴ Estos cambios en la secreción de insulina y en la resistencia a la insulina generan una desregulación del apetito y de la saciedad, así como una perturbación de la regulación del peso a largo plazo en personas con diabetes.¹⁶

Puede ser difícil distinguir las alteraciones de la conducta alimentaria de las conductas de autocuidado necesarias para manejar la diabetes, ya que, en ambos tipos de conducta, se pesan los alimentos, se cuentan las calorías y los carbohidratos y se evitan ciertos alimentos. Los signos de alteraciones de la conducta alimentaria pueden pasar desapercibidos si se toman por conductas «normales» del manejo de la diabetes.^{16,17}

Las conductas de manejo de la diabetes pueden volverse problemáticas cuando se realizan:

- de forma inadecuada para adelgazar rápidamente (o para mantener un peso objetivo inadecuado);
- en exceso, o para imponer unas reglas estrictas en el estilo de vida de la persona.

Por tanto, estos comportamientos inadecuados en el manejo de la diabetes pueden interferir en las actividades de la vida diaria, suponer un riesgo importante para la salud y perjudicar el bienestar emocional de la persona.¹⁶

La combinación de la diabetes y un trastorno de la conducta alimentaria añade complejidad al tratamiento, por lo que hay que identificar de manera temprana los signos de las alteraciones de la conducta alimentaria y de la insatisfacción con el propio cuerpo, previniendo así la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Como se ha demostrado,³ los trastornos de la conducta alimentaria suelen desarrollarse en una etapa temprana de la vida, por lo que el cribado debe comenzar en la adolescencia.

Los problemas de la conducta alimentaria en personas con diabetes tipo 1 están asociados:

- a niveles de glucosa en sangre por encima de los objetivos recomendados³⁵
- y al deterioro de la salud mental.³⁵

Los **trastornos de la conducta alimentaria** en personas con diabetes tipo 1, especialmente en presencia de restricción/omisión de insulina, están asociados a:

- una aparición más temprana¹⁶ y a un mayor riesgo de complicaciones microvasculares^{7,36} (p. ej., retinopatía, neuropatía);
- episodios más frecuentes de cetoacidosis diabética y a ingresos hospitalarios relacionados con la diabetes;^{5,37,38}

➤ un riesgo de mortalidad hasta tres veces mayor en un periodo de 6 a 10 años.^{15,39}

Los problemas de la conducta alimentaria en personas con diabetes tipo 2 aún no se han investigado en profundidad, pero las investigaciones disponibles muestran que están asociados:

➤ al sobrepeso y la obesidad;^{40,41}

➤ a una menor autoeficacia para manejar la alimentación y el ejercicio;⁴²

➤ a unos niveles nutricionales y de glucosa subóptimos, aunque no así de HbA1c;⁴³

➤ a no tomar la medicación tal y como se le recomienda;⁴⁴

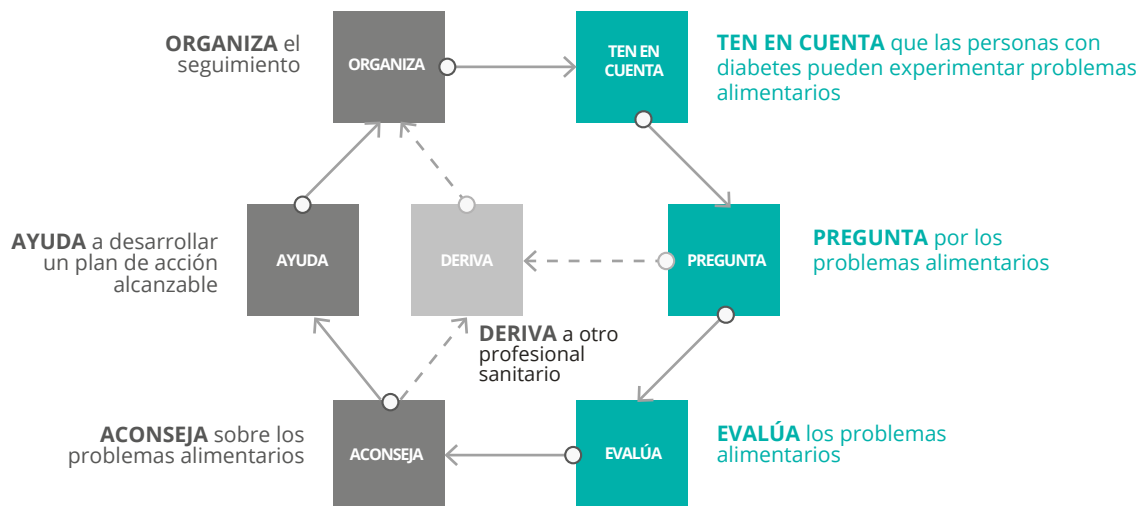
➤ y al deterioro de la salud mental⁴⁵ y de la calidad de vida.^{4,42,46}

El modelo de los "7 PASOS": problemas de la conducta alimentaria

Este modelo dinámico propone un proceso de 7 pasos que se puede aplicar en la práctica clínica. El modelo consta de dos fases:

- ¿Cómo identifico los problemas de la conducta alimentaria?
- ¿Cómo puedo apoyar a una persona que tiene un problema de la conducta alimentaria?

Aplica el modelo de manera flexible dentro de un enfoque asistencial centrado en la persona. Puedes acceder a un resumen del modelo de los 7 pasos en el apartado "Cómo utilizar esta guía práctica y las herramientas".



¿Cómo identifico los problemas de la conducta alimentaria?

TEN EN CUENTA

Los siguientes signos (tanto generales como específicos de la diabetes) pueden indicar la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria o formar parte de una alteración de la conducta alimentaria:^{2,13,15,17}

- seguir dietas frecuentes y restrictivas y creer que hay alimentos que son «correctos» o «incorrectos», «buenos» o «malos»;
- preocupación y/o insatisfacción con su propia figura, talla o peso (los signos pueden ser: reticencia a

pesarse, autoafirmaciones negativas sobre su peso y/o su figura);

- pérdida o aumento de peso sin causa aparente;
- manejo subóptimo de la diabetes, lo que incluye: controles de glucemia menos frecuentes o nulos (por lo que no presenta las lecturas de glucemia en la consulta), cambios frecuentes de la pauta de insulina, restricción u omisión de insulina, ponerse una dosis de insulina superior a la recomendada (para compensar los atracones), no acudir a las citas clínicas;

- › resultados subóptimos de la diabetes, lo que incluye: HbA1c alta o baja sin causa aparente (signo de restricciones en el consumo de alimentos sin omisión de insulina); cambio pronunciado en la HbA1c (signo de aparición de un trastorno agudo de la conducta alimentaria, a menudo con omisión de insulina); niveles de glucemia fluctuantes y erráticos; hipoglucemias recurrentes (con atracones y vómitos autoinducidos); cetoacidosis diabética recurrente y hospitalizaciones relacionadas con la diabetes; y desarrollo temprano de complicaciones. microvasculares; depresión, malestar y ansiedad;
- › rasgos de la personalidad como los obsesivos y el perfeccionismo;
- › una baja autoestima;
- › deterioro general del funcionamiento psicosocial (p. ej., en la escuela, el trabajo o las relaciones);
- › preocupación expresada por un tercero (p. ej., la pareja o los padres);
- › dinámica familiar disfuncional;
- › signos físicos como consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria (p. ej., callos en las manos, edemas, problemas dentales).

No todos los signos mencionados indican necesariamente la existencia de problemas alimentarios, ya que algunos pueden estar relacionados con otros problemas psicosociales subyacentes.

Se suelen utilizar dos sistemas de clasificación para diagnosticar los trastornos de la conducta alimentaria: el DSM-5¹² y el CIE-11.¹¹ Consúltalos para obtener una lista completa de síntomas y criterios diagnósticos específicos de cada tipo de trastorno de la conducta alimentaria.



Busca signos de problemas alimentarios en hombres también, no únicamente en mujeres.



Las alteraciones de la conducta alimentaria pueden no estar a la vista, y los signos de problemas alimentarios pueden ser sutiles y difíciles de identificar a partir de la mera observación.

Si alguno de los marcadores de problemas de la conducta alimentaria está presente, hay que seguir investigando (ver **PREGUNTA**).

■ PREGUNTA

Cuando hayas notado signos de problemas alimentarios (ver **TEN EN CUENTA**) o cuando la persona comente algún problema, pregúntale directamente, de forma empática y sin juicios de valor, sobre sus conductas alimentarias y de control de peso, así como sobre las preocupaciones que pueda tener en cuanto a su peso/figura/talla.

Opción 1: Formúlele preguntas abiertas

Puede venir bien introducir las preguntas con un comentario sobre el énfasis que hace el manejo de la diabetes en la comida y el recuento de hidratos de carbono, lo que podría causarle preocupación o ansiedad respecto a su peso y la ingesta de alimentos; p. ej.:

- › «A veces, las mujeres (o los hombres) con diabetes se preocupan mucho por su peso o su figura. ¿Cómo se siente con respecto a su peso o su figura?».
- › «A veces a la gente le parece que la comida y los alimentos son una componente difícil del manejo de la diabetes. ¿Le resulta difícil controlar lo que come y cuánto come? ¿Podría comentarme un poco más al respecto? ¿Con qué frecuencia le ocurre tal cosa?».

Averigua las razones subyacentes a las alteraciones de la conducta alimentaria, p. ej.:

- › «¿Podría hablarme un poco más de esos cambios recientes en sus patrones alimentarios?».
- › «¿Ha notado algún cambio en su vida que pueda haber causado esos cambios en sus patrones alimentarios?».

Averigua las creencias, los comportamientos y las preocupaciones que tiene la persona en cuanto a la comida, la alimentación, su imagen corporal y su peso. Indaga más para poder identificar las causas subyacentes y específicas del problema. Verás que no todas las causas subyacentes están relacionadas con problemas alimentarios (p. ej., también pueden contribuir el estrés social/familiar u otros problemas de salud mental).

Explora cualquier cambio que haya habido en su plan de manejo de la diabetes o en sus niveles de glucemia, así como las dificultades que tenga a la hora de manejar la diabetes.

- «A algunas personas con diabetes les cuesta seguir la pauta de sus inyecciones/bolos de insulina. ¿Cómo le va a usted? ¿Suele saltarse u olvidarse alguna vez la dosis de insulina?».
- En caso afirmativo, «¿Podría decirme por qué se olvida [o salta] la dosis de insulina?» o «¿Alguna vez ajusta la dosis de insulina para controlarse el peso?». Averigua con qué frecuencia se da y las creencias y sentimientos de la persona respecto a la restricción/omisión de la medicación.
- «Sus niveles de HbA1c han aumentado en estos meses, y usted ha mencionado que ha ganado/perdido peso. ¿Qué piensa al respecto? ¿Se ha preguntado qué es lo que puede estar pasando?».



Existe controversia sobre si preguntar por la omisión de insulina podría provocar comportamientos inadecuados de pérdida de peso en personas con diabetes tipo 1 o tipo 2 con insulino terapia. Por el mismo motivo, los profesionales sanitarios también pueden sentirse incómodos al preguntar por la omisión/restricción de insulina. Que se dé esta conversación depende de, primero, si hay o no una relación respetuosa y sin juicios de valor entre el profesional sanitario y la persona con diabetes; segundo, depende también de la manera en que formules tus preguntas; y, tercero, de cómo se aborden sus respuestas durante la conversación (ver apartado Conversar sobre la diabetes y la salud emocional del [capítulo 1](#)).

A menudo pasan desapercibidas durante mucho tiempo las alteraciones de la conducta alimentaria como la omisión de insulina, tal vez porque esta conversación no tiene lugar. Las consecuencias de la omisión de la insulina son graves para la salud física y mental de la persona. Hay que tener en cuenta que las personas con diabetes conocen estas conductas por otras vías (p. ej., las redes sociales o las páginas web que promueven los trastornos de la conducta alimentaria). No hablar del tema no evitará que las personas con diabetes omitan la insulina.

Algunas personas pueden restringir/omitir la insulina para adelgazar después de haberse excedido tratando un episodio de hipoglucemia. Puedes formularle las siguientes preguntas²⁰ relacionadas con la hipoglucemia:

- «Cuando considera que su nivel de glucemia es bajo (o cuando tiene una hipoglucemia), ¿come alimentos que normalmente no se permite (p. ej., chocolate, patatas fritas)?».
- «Cuando considera que su nivel de glucemia es bajo, ¿continúa comiendo usted hasta que se siente mejor, en lugar de esperar 15 minutos más o menos entre raciones para ver si sus síntomas mejoran?».
- «¿Siente que pierde el control de lo que come cuando están bajos sus niveles de glucemia?».

Si la persona con diabetes responde afirmativamente a alguna de estas preguntas, pregúntale con qué frecuencia le ocurre.



Algunas personas con diabetes pueden sentirse aliviadas de que les hayas preguntado por sus conductas/problemas alimentarios porque, p. ej., se sienten solas y con pocas esperanzas de superar el problema. Otras pueden mostrarse reticentes a hablar de sus problemas alimentarios porque:

- han tenido una experiencia negativa con un profesional sanitario;
- se sienten avergonzadas o culpables por sus hábitos alimentarios o su peso/cuerpo;
- tienen miedo a ser juzgadas;
- consideran que sus hábitos actuales son gratificantes (p. ej., pueden haber perdido peso o haber recibido cumplidos por su aspecto);
- niegan la gravedad de los síntomas y la enfermedad.

Por tanto, forjar una relación respetuosa, empática y sin juicios de valor creará un entorno seguro para que la persona con problemas alimentarios se abra y pida ayuda.



Si la persona no está preparada para hablar de sus problemas alimentarios en ese momento o contigo, plantéate ofrecerle un folleto informativo sobre alteraciones de la conducta alimentaria que contenga algún enlace o número de teléfono de apoyo (ver [«Recursos»](#)).



Si es necesario y si existe esa posibilidad, habla con otras personas de su entorno (p. ej., su pareja, sus familiares u otros sanitarios) para obtener información sobre las conductas alimentarias de la persona, siempre con su consentimiento previo.

Opción 2: Utiliza un cuestionario breve

Actualmente, existen pocos cuestionarios sobre problemas alimentarios que estén validados en personas con diabetes.

El mSCOFF es un breve cuestionario de cribado de los trastornos de la conducta alimentaria adaptado del SCOFF para las personas con diabetes. El cuestionario SCOFF original consta de cinco ítems dicotómicos (Si/No) que evalúan la pérdida de control sobre la alimentación, los vómitos y la insatisfacción corporal⁴⁷. La versión en español está disponible en Rueda⁴⁸. El SCOFF modificado para la diabetes o mSCOFF^b sustituye el ítem cinco por el siguiente: "¿Alguna vez se pone menos insulina de la que debería?"⁴⁹.

También podrías considerar la Encuesta sobre problemas alimentarios en la diabetes o DEPS-R, por sus siglas en inglés (*Diabetes Eating Problem Survey – Revised*). La DEPS-R^{50,51} es un cuestionario de 16 ítems específico para la diabetes tipo 1. La versión española de la DEPS-R está disponible en Sancañudo et al.⁵²

Tanto el mSCOFF como el DEPS-R contienen ítems relacionados con el uso de insulina, por lo que no son adecuados para personas con diabetes tipo 2 que no manejan la diabetes con insulina.

Consulta el [capítulo 1](#) (Comunicación y Compromiso) para obtener más información sobre el uso de cuestionarios en la práctica clínica.



En lugar de administrar las preguntas en forma de cuestionario, podrías integrarlas en la conversación.

Si la persona responde afirmativamente a una o más preguntas del mSCOFF, hay que evaluar más en profundidad los posibles problemas alimentarios.

Si la persona responde afirmativamente al último ítem, averigua por qué se pone menos insulina, ya que puede que no esté relacionado con querer adelgazar.

Si se detecta la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en la conversación o en las respuestas del mSCOFF, se recomienda realizar una evaluación adicional para conocer mejor los problemas concretos de la persona y la gravedad de los problemas alimentarios (ver «Siguiente paso: ¿EVALÚA o DERIVA?»). Desde el punto de vista clínico, cualquier conducta alimentaria problemática requiere atención adicional, ya que repercute mucho en los resultados de la diabetes y en los resultados en salud de la persona tanto a corto como a largo plazo y puede intensificarse con el tiempo. En este punto, es aconsejable preguntarle si le han diagnosticado un trastorno de la conducta alimentaria y, en caso afirmativo, si se lo está tratando y de qué forma.

Siguiente paso: ¿EVALÚA o DERIVA?

Si en **TEN EN CUENTA** o **PREGUNTA** ha mostrado alteraciones de la conducta alimentaria, es necesario realizar una evaluación clínica exhaustiva para diagnosticar el tipo y la gravedad de los problemas alimentarios, lo que incluye tanto una entrevista como una exploración clínicas (ver **EVALÚA**).

Si realizar evaluaciones clínicas en profundidad no entra dentro de tus competencias, convendría que derivaras a la persona a un profesional sanitario con experiencia en trastornos de la conducta alimentaria. Estos especialistas son los más indicados para realizar evaluaciones clínicas exhaustivas para diagnosticar alteraciones de la conducta alimentaria/trastornos de la conducta alimentaria (ver **DERIVA**).

■ EVALÚA

Una entrevista clínica exhaustiva incluye tanto una entrevista como una exploración clínica. Para obtener una descripción completa de cómo diagnosticar la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y

^b Se sugiere cambiar la redacción del ítem "¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?" por: «¿Ha perdido/ganado peso recientemente en un periodo de tres meses?». Si la persona ha perdido/ganado peso, averigua cuánto peso ha perdido/ganado y por qué se ha producido ese cambio de peso (p. ej., por un cambio de medicación, de dieta o de nivel de actividad física).

el trastorno por atracón, puedes consultar la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo¹³ y las recomendaciones específicas para la diabetes tipo 1 de Goebel-Fabbri.⁵³

Entrevista clínica

Una entrevista clínica evalúa:

- cualquier síntoma físico (p. ej., problemas gastrointestinales, cognitivos y del sueño, alteraciones menstruales);
- los antecedentes del problema actual;
- los antecedentes de cualquier trastorno de la conducta alimentaria (y su tratamiento);
- los hábitos y las creencias alimentarias, las preocupaciones y la importancia que tienen el peso y la figura para la persona;
- rasgos de la personalidad como los obsesivos y el perfeccionismo;
- cualquier problema de salud mental concomitante (p. ej., ansiedad, depresión);
- riesgo actual e intentos anteriores de autolesiones y de suicidio (ver [cuadro 6.3](#)).

Consulta también **TEN EN CUENTA** y las directrices/recomendaciones mencionadas anteriormente para conocer los temas que deben tratarse en la entrevista.

Exploración clínica

En una exploración clínica se comprueban los antecedentes médicos de la persona y sus complicaciones, su estado de salud actual, se hacen un examen físico general y analíticas (p. ej., HbA1c, cetonas, potasio, sodio).¹³ También se descarta cualquier otra patología que pueda estar causando cambios de peso o apetito.⁵⁴



¿Cómo puedo apoyar a una persona que tiene un problema alimentario

■ ACONSEJA

Cuando hayas identificado los signos de un problema alimentario:

- Hazle ver a la persona con diabetes la gran importancia de la alimentación en el manejo de la diabetes y las dificultades que esto puede conllevar.

En las citadas directrices/recomendaciones figura una lista de los chequeos médicos que son necesarios para evaluar los trastornos de la conducta alimentaria.



Ni las analíticas ni los síntomas físicos confirman siempre la existencia de un trastorno de la conducta alimentaria, incluso cuando es el caso⁵⁴



Plantéate si la persona se encuentra en riesgo agudo (ver **DERIVA**).

Otras consideraciones

- Si no hay signos de alteraciones de la conducta alimentaria ni un trastorno de la conducta alimentaria, pero tanto tú como la persona con diabetes seguís preocupados/insatisfechos con su peso/figura/conductas alimentarias: plantéate evaluar su estilo de ingesta (ver [cuadro 8.2](#)) o su insatisfacción corporal. Derivarla a un nutricionista y/o psicólogo puede ser la mejor opción.
- **Valora si tiene problemas de salud mental concomitantes**, p. ej., trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (ver [capítulo 7](#)), ya que están asociados a cambios en el apetito, la actividad física, la adherencia a la medicación y la autoestima; estos cambios también están presentes en las alteraciones de la conducta alimentaria y en los trastornos de la conducta alimentaria. La depresión (ver [capítulo 6](#)) y las alteraciones de la conducta alimentaria suelen darse a la vez,² lo que sugiere que la persona es vulnerable a ambos problemas o que el hecho de tener uno puede aumentar el riesgo de desarrollar el otro.

puede tener un problema alimentario).

- Explícale las diferencias que hay entre alteraciones de la conducta alimentaria y un trastorno de la conducta alimentaria.
- Advértele de que, si tiene un problema alimentario y no lo trata, puede terminar afectando a su vida en su totalidad, a su manejo/resultados de la diabetes y a su salud en general.
- Si omite dosis de insulina, advértele sobre el riesgo que corre de sufrir una aparición temprana de complicaciones de larga duración (p. ej., una retinopatía, una neuropatía).
- Coméntale que tiene a su disposición todo el apoyo que necesita, que los problemas alimentarios se pueden manejar de manera eficaz y que, para prevenir problemas de salud de larga duración, es importante realizar una intervención temprana (antes de que el problema alimentario se haya desarrollado por completo).
- Hazle ver que la detección del problema y el asesoramiento no son suficientes por sí solos; explícale que tendrá que seguir un tratamiento, el cual le puede ayudar a mejorar su vida en general, así como el manejo de la diabetes.
- Dale la oportunidad de hacer preguntas.
- Antes de terminar la consulta, fíjate en cómo se siente la persona, ya que la información que le has dado puede haberla afectado a nivel emocional.
- Elaborad un plan conjunto sobre los «siguientes pasos» (p. ej., lo que hay que conseguir para reducir los síntomas de la ansiedad y el apoyo que pueda necesitar).

Siguiente paso: ¿AYUDA o DERIVA?

Para darle apoyo y tratamiento a la persona ante un problema alimentario hay que enfocarlo desde la atención colaborativa. Las decisiones sobre qué sanitarios formarán parte del equipo multidisciplinar dependerán en gran medida de la gravedad y el tipo de problema alimentario en cuestión y de quién tenga el conocimiento experto más relevante para apoyar a la persona.

Alteraciones de la conducta alimentaria: El médico de familia (MF) que participa en el manejo de la diabetes de la persona desempeña un papel clave en la detección temprana de alteraciones de la conducta alimentaria y/o insatisfacción corporal. Si la persona realiza alteraciones de la conducta alimentaria, el MF es el profesional más indicado para coordinar la atención en colaboración con otros profesionales de la salud, como un profesional de la psicología o un dietista-nutricionista (ver [cuadro 8.3](#)). Dado que la diabetes aumenta la complejidad de los problemas alimentarios, también puede ser necesaria la opinión/el apoyo de un sanitario especializado en diabetes (p. ej., un endocrino o un educador en diabetes) para ajustar el plan de manejo de la diabetes, por lo que, si no eres su MF, tendrás que DERIVAR a la persona al suyo, pero también puedes jugar un papel importante en la AYUDA que se le presta como miembro del equipo multidisciplinar.

Trastorno de la conducta alimentaria: El enfoque estándar para apoyar y tratar los trastornos de la conducta alimentaria es la atención colaborativa, la cual incorpora a un equipo multidisciplinar con conocimientos especializados en trastornos de la conducta alimentaria (lo que incluye también las intervenciones médicas, dietético-nutricionales y psicológicas/psiquiátricas) (ver [cuadro 8.3](#)).¹³

También es esencial incluir en el equipo a un especialista en diabetes.⁵² Por lo tanto, tendrás que colaborar con otros especialistas para **AYUDAR** y **DERIVAR** a la persona a los profesionales sanitarios con especialidades fuera de tu ámbito. Ten en cuenta lo siguiente:

- Las opciones de apoyo y tratamiento varían en función de la localización, e incluyen un programa de día para pacientes externos y tratamiento hospitalario para casos graves¹³. A quién **DERIVAR** dependerá de múltiples factores (p. ej., de la disponibilidad de servicios, del tipo y la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria, la localización).
- Es recomendable realizar el tratamiento en el contexto menos restrictivo posible y empleando un modelo de atención escalonada. Lo prioritario es la seguridad de la persona, por lo que, dependiendo de la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria, puede que sea necesario ingresarla.
- Puede ser necesario evaluar y tratar a la persona de manera forzosa si su capacidad de decisión se encuentra deteriorada y no puede o no quiere dar su consentimiento para recibir una intervención que la ayude a seguir con vida.¹³

Cuadro 8.3: El equipo multidisciplinar

El equipo multidisciplinar de atención colaborativa a los problemas alimentarios debería incluir:^{53,54}

- **Un MF o especialista en endocrinología** para obtener la historia clínica de la persona y organizar los chequeos médicos necesarios para diagnosticar/tratar los problemas alimentarios. También puede ayudar con los aspectos médicos generales y específicos de la diabetes durante la terapia/el tratamiento de los problemas alimentarios. El MF también suele estar en una buena posición para coordinar el equipo de colaboración asistencial y llevar el seguimiento de la persona a largo plazo.
- **Especialistas en salud mental (profesionales de la psicología y psiquiatría) con experiencia en trastornos de la conducta alimentaria**, para que proporcionen psicoterapia y aborden los aspectos psicológicos y sociales del trastorno de la conducta alimentaria, así como cualquier problema de salud mental concomitante (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de la ansiedad).
- **Un dietista nutricionista** para que ayude a desarrollar planes de comidas flexibles y estructurados, adaptados a las personas con diabetes⁵³, así como objetivos médicos de terapia nutricional apropiados para personas con diabetes con un trastorno de la conducta alimentaria. Además, un dietista nutricionista puede ofrecerles a las personas con diabetes estrategias para afrontar eficazmente las señales de una posible sobreingesta (p. ej., emociones negativas, niveles bajos de glucosa en sangre) cada vez que surjan.

Lo ideal es que todos los miembros del equipo de atención colaborativa tengan conocimientos, habilidades y experiencia tanto en trastornos de la conducta alimentaria como en diabetes, aunque es poco probable que se dé el caso. No obstante, un/a sanitario/a que solo tenga experiencia en trastornos de la conducta alimentaria puede formarse colaborando estrechamente con expertos en diabetes.

Los mensajes de todos los miembros del equipo deben ser consistentes, así como los objetivos, la filosofía y la aplicación del tratamiento. Esto se consigue manteniendo una comunicación constante, lo cual también ayudará a que las transiciones entre los distintos servicios sean fluidas.

Podrías comenzar la conversación así:

- *«Por lo que me ha contado, parece que le preocupan sus [hábitos alimentarios/peso/imagen corporal/uso de la insulina]. Estas preocupaciones son de lo más normal en personas con diabetes. Si le parece bien, podríamos hablar un poco más sobre lo que le pasa y ver qué se puede hacer para que esté menos preocupada».*
- Y continuar así: *«Después de escucharle y ver los resultados de sus análisis, me pregunto si podría estar pasando mal con alguna conducta alimentaria alterada o incluso con un trastorno de la conducta alimentaria. ¿Lo había pensado Ud. esto ya? ¿Le ha comentado alguien que le preocupa su [salud/hábitos alimentarios/peso?]]».*

■ AYUDA

Hay pocos datos científicos disponibles sobre el manejo de un trastorno de la conducta alimentaria en presencia de diabetes,^{55,56} por lo que, en la práctica, son los tratamientos generales para los trastornos de la conducta alimentaria los que se aplican para abordar las necesidades de las personas que conviven con ambas patologías.

Una vez que la presencia de una o varias alteraciones de la conducta alimentaria o de un trastorno de la conducta

alimentaria se ha confirmado a través de una evaluación clínica exhaustiva, y si crees que puedes ayudar a la persona como miembro del equipo multidisciplinar de atención colaborativa (ver [cuadro 8.3](#)):

- Facílitate información sobre el problema alimentario concreto que se detectó durante la evaluación clínica integral y sus probables repercusiones en el manejo/resultados de la diabetes y su salud en general.
- Explícale y hablad de las distintas opciones de tratamiento de las que dispone para que tome una decisión informada. Esto la ayudará a comprometerse con el tratamiento/terapia, que probablemente será una combinación de:
 - un plan dietético-nutricional y de manejo de la diabetes adaptado: con objetivos glucémicos más flexibles y realistas y con menos énfasis en la pérdida de peso o en dietas estrictas;
 - terapias psicológicas: p. ej., la terapia familiar (si la persona sigue viviendo con su familia), la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-M) o la terapia interpersonal (TIP); el objetivo de estas terapias es abordar los pensamientos, las emociones y los

comportamientos desadaptativos (TCC-M) o los problemas relacionales (TIP);^{57,58}

- tratamientos farmacológicos.¹³
- Ayúdala a reconocer y acceder al tratamiento más adecuado y/o derivala al profesional pertinente que pueda ofrecerle psicoterapia.
- Explícale que es necesario enfocarlo desde un punto de vista colaborativo y qué profesionales de la salud formarán parte del equipo (ver [cuadro 8.3](#)).
- Consensuad un plan de acción y fijad unos objetivos factibles para el manejo de la diabetes y de su problema alimentario.
- Asegúrate de que la persona se sienta a gusto con este enfoque.
- Al finalizar la conversación, plantéate ofrecerle algo de información para que la lea en casa. Al final de este capítulo figuran varios recursos que pueden ser útiles para una persona con diabetes que tiene un problema alimentario. Selecciona uno o dos de los que sean más relevantes para la persona; es mejor no abrumarla con demasiada información.



Si la persona con diabetes va al colegio/instituto o sigue viviendo en casa de sus padres, puede que haya que trabajar con la familia y coordinarse con su centro educativo y otras instituciones.¹³



Para obtener una guía completa de cómo tratar los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, puedes consultar *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo*¹³ y las recomendaciones específicas para la diabetes tipo 1 de Goebel-Fabbri.⁵³

■ DERIVA

Si la persona está en peligro inminente: debe ir al hospital. Por ejemplo, debe derivarse a la persona a un servicio especializado en régimen de internamiento o ser trasladada al hospital más cercano para recibir tratamiento allí si tiene episodios recurrentes de cetoacidosis diabética, arritmias cardíacas, hipotermia, hipotensión,

anomalías electrolíticas o si ha dejado de ponerse insulina.^{17,53}

Si la persona no está en peligro inminente: derivala a servicios ambulatorios especializados en trastornos de la conducta alimentaria.

Es probable que el personal de los servicios (ambulatorios o no) especializados en trastornos de la conducta alimentaria no tenga experiencia en el tratamiento de la diabetes o en los aspectos singulares de los trastornos de la conducta alimentaria en la diabetes. Tendrás que estar en contacto estrecho con el equipo de tratamiento para asegurarte de que la persona recibe la atención adecuada.

■ ORGANIZA

Dado que un trastorno de la conducta alimentaria requiere un enfoque multidisciplinar, el plan de seguimiento dependerá del plan de acción acordado para el tratamiento:

- **Si formas parte del equipo multidisciplinar:** sigue controlando la evolución de la persona (p. ej., haciéndole analíticas, vigilando posibles complicaciones de la diabetes). Los tratamientos médicos, los planes dietéticos y los objetivos de su manejo de la diabetes deberán ajustarse con regularidad a lo largo de todo el tratamiento. Un trastorno de la conducta alimentaria se maneja realizando consultas de seguimiento periódicas o prolongadas para evaluar el progreso y los planes de acción. Además de las citas presenciales, las llamadas telefónicas o las videoconferencias pueden ser una forma práctica y útil de ofrecerle tu apoyo a la persona.
- **Si no formas parte del equipo multidisciplinar:** pregunta en cada consulta por su evolución (p. ej., si ha seguido el tratamiento acordado).

«La relación que tengo con la comida ahora... es complicada... A veces siento que no disfruto de la comida porque me tengo que pensar muy bien lo que me meto en el cuerpo, y encima tengo a toda mi gente diciéndome lo que tengo que hacer. Por ejemplo, hoy no he comido... y he estado tratando de llevar al día la insulina, cosa que no he llevado de la mejor manera...».

Persona con diabetes tipo 2



ESTUDIO DE CASO

SARA

Mujer de 59 años que vive sola.

Diabetes tipo 2, que maneja con dieta y ejercicio; IMC=32.

Profesional sanitario: Dra. Laura Nevado (médica de familia)

■ TEN EN CUENTA

Cuando llega Sara para hacerse su chequeo habitual, Laura se da cuenta de que ha engordado. Al preguntarle qué tal lo ha llevado desde la última vez que se vieron y cómo le está yendo con el manejo de la diabetes, Sara le informa de que:

- se ha estado esforzando mucho por adelgazar, pero sus esfuerzos no han dado resultado;
- ha ganado 5 kilos en los últimos meses;
- se siente deprimida por su peso y le da vergüenza su cuerpo.

■ PREGUNTA

Mediante preguntas abiertas, Laura averigua lo que Sara piensa sobre su peso y sus patrones alimentarios actuales. Sara le confiesa que:

- siempre ha tenido problemas para perder peso y que ahora mismo pesa más que nunca;
- come poco durante el día y luego come en exceso la mayoría de las noches;
- come en exceso cuando se siente sola o aburrida.

A Laura le preocupan el aumento de peso y las sobreingestas de Sara, así como las repercusiones que podrían tener en su diabetes a largo plazo, por lo que la informa de que «*le gustaría hacerle algunas preguntas más sobre su alimentación, su imagen corporal y su peso*».

Laura le pasa el mSCOFF a Sara, quien responde afirmativamente a dos ítems: a «*¿Se ha provocado alguna vez el vómito porque se sintiera demasiado lleno/a?*» y a «*¿Le preocupa haber perdido el control de la cantidad de comida que ingiere?*». Sus respuestas sugieren que puede tener problemas alimentarios, muy

probablemente alteraciones de la conducta alimentaria. Sara le confiesa que sus sobreingestas y el consiguiente aumento de peso le provocan malestar y que tiene tendencia a restringir su ingesta de alimentos, pero también a comer en exceso por la noche y en respuesta a emociones negativas.

■ ACONSEJA

Laura le explica los resultados del mSCOFF a Sara y le asegura que la alimentación emocional puede modificarse sin problemas. Sara tiende a imponerse unas reglas estrictas que incumple a menudo, lo que hace que se sienta «como una fracasada» y coma más para sentirse mejor.

Por tanto, ambas acuerdan que Sara tiene que tomarse su alimentación de manera más flexible y desarrollar formas más eficaces de gestionar sus emociones negativas. Así, el enfoque ideal sería contar con un nutricionista y un psicólogo (especializados en trastornos de la conducta alimentaria).

■ DERIVA

Laura le explica a Sara lo que puede esperar de cada uno de los profesionales sanitarios (p. ej., que el psicólogo le haga otra evaluación y la ayude con sus emociones negativas). A continuación, Laura la deriva a los servicios de salud mental y nutrición

■ ORGANIZA

A pesar de su preocupación, Laura está convencida de que Sara no corre un peligro inminente y la anima a concertar una cita de seguimiento en un mes para que le comente qué tal le ha ido con el nutricionista y el psicólogo. Le pregunta a Sara si tenía otras prioridades para esta consulta y continúa con el chequeo rutinario.



ESTUDIO DE CASO

ELISA

Mujer de 25 años, vive en casa de sus padres.

Diabetes tipo 1 (desde hace 14 años), manejado con una bomba de insulina, IMC=19.

Profesional sanitario: Dr. Isidro Escobar (endocrinólogo)

■ TEN EN CUENTA

Isidro atiende a Elisa en su consulta desde que le diagnosticaron diabetes tipo 1 a los 11 años. Elisa ha manejado muy bien su enfermedad hasta hace poco, pero en los últimos seis meses la han hospitalizado dos veces por cetoacidosis diabética. Además, su nivel más reciente de HbA1c ha sido 12,8 %, mientras que antes oscilaba entre 7-8 %. A Isidro le preocupa que se esté desentendiendo del manejo de su diabetes y se pregunta qué le puede haber pasado en estos seis meses. La próxima cita médica que tiene Elisa es con él.

■ PREGUNTA

Isidro le comunica sus últimos resultados de HbA1c y le pregunta qué piensa al respecto, si se los esperaba y qué ha pasado con sus recientes hospitalizaciones.

Isidro se percata de que su aspecto y su comportamiento son distintos a los habituales y de que:

- ha perdido peso desde la última vez que la atendió;
- parece que está incómoda y que no le mira mucho a los ojos durante la consulta;
- está como «apagada» y parece que no tiene mucha energía;
- responde con monosílabos a sus preguntas.

Isidro le pregunta qué cree que puede estar causando este aumento de la HbA1c. Primero Elisa le dice que «no tiene ni idea», pero luego le confiesa que «no está comiendo bien» y que a veces «se olvida» de ponerse los bolos. Basándose en lo que ha observado y en las recientes hospitalizaciones de Elisa, a Isidro le preocupa que pueda estar pasando por una fase temprana de un trastorno de la conducta alimentaria y que esté omitiendo insulina para perder peso (le faltan datos en las descargas de su bomba).

Isidro le informa de que las personas con diabetes a

veces tienen problemas alimentarios, lo cual puede afectar a sus resultados de la diabetes y a su salud en general. Le pregunta a Elisa si puede responder a algunas preguntas para ayudarle a comprender mejor sus patrones alimentarios. Ella está de acuerdo y Isidro usa los ítems del mSCOFF para dirigir la conversación hacia la conducta alimentaria y la imagen corporal de Elisa. Ella le indica que:

- ha perdido unos 6 kg en los últimos tres meses porque ha restringido lo que come y cuánto come;
- suele sentirse insatisfecha con su peso y su figura, a pesar de su reciente pérdida de peso;
- se salta la insulina cuando siente que ha comido demasiado;
- empezó a saltarse la insulina hace ocho meses, al principio de forma esporádica, pero ahora casi todos los días;
- evita ver a sus amigos porque se siente insatisfecha con su peso.

Isidro se toma su tiempo para hacerle más preguntas sobre lo que puede haber causado estos cambios.

■ ACONSEJA

A Isidro le preocupa la situación de Elisa por lo que acaban de hablar, y le explica que:

- lo que le ha contado indica que puede tener un problema alimentario y que posiblemente se encuentre en una fase temprana de un trastorno de la conducta alimentaria;
- como ya sabe Elisa, tener un problema alimentario y saltarse la insulina puede afectar a su manejo de la diabetes, a sus resultados (p. ej., los recientes episodios de cetoacidosis diabética) y a otros aspectos de su vida (p. ej., no querer ver a sus amigos, estar «obsesionada» con el peso y la comida);

- no administrarse toda la insulina necesaria la pone en riesgo de desarrollar complicaciones;
- se pueden resolver sus problemas alimentarios si se los trata;
- es importante abordar lo antes posible los problemas alimentarios para evitar que se conviertan en un trastorno de la conducta alimentaria.

Isidro seguirá apoyándola con el manejo de la diabetes (y trabajando con ella para superar la omisión de insulina), pero también le sugiere que acuda a otros profesionales sanitarios para que la ayuden con sus problemas alimentarios.

■ DERIVA

Dadas las recientes hospitalizaciones de Elisa por cetoacidosis diabética y su continua omisión de insulina, Isidro le propone derivarla a los servicios de salud mental y nutrición. Aunque al principio se muestra reacia a acudir a otros profesionales sanitarios, Elisa comprende que peligró su salud y acepta.

■ ORGANIZA

Isidro y Elisa acuerdan volver a verse en unas semanas para ver qué tal le ha ido en el servicio de salud mental. En la siguiente consulta, Isidro y Elisa hablarán de si es necesario adaptar su plan de manejo de la diabetes mientras esté siendo atendida por los especialistas de salud mental.

Recursos



Para profesionales sanitarios

Bibliografía revisada

➤ 25 years of psychological research investigating disordered eating in people with diabetes: what have we learnt?

Descripción: Esta revisión resume la investigación realizada durante los últimos 25 años sobre los trastornos alimentarios en personas con diabetes. Se revisan los retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que atienden a personas con diabetes y trastornos alimentarios. Además, se incluyen recomendaciones para la atención, haciendo hincapié en un enfoque personalizado y multidisciplinar.

Fuente: Broadley MM, Zaremba N. et al. *Diabetic Medicine*. 2020;37:401-408.

URL: onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dme.14197

➤ Disordered eating behaviour in individuals with diabetes: Importance of context, evaluation, and classification

Descripción: Este trabajo hace una revisión de la prevalencia de los trastornos alimentarios, de las medidas de evaluación disponibles y del impacto de la insulina sobre el peso.

Fuente: Young-Hyman D & Davis C. *Diabetes Care*. 2010;33:683-689.

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20190297

➤ Outpatient management of eating disorders in type 1 diabetes

Descripción: Este artículo se centra en las estrategias ambulatorias para el tratamiento de los trastornos alimentarios y enumera las recomendaciones de tratamiento específicas para las personas con diabetes tipo 1.

Fuente: Goebel-Fabbri AE, Uplinger N. et al. *Diabetes Spectrum*. 2009;22:147-152.

URL: spectrum.diabetesjournals.org/content/22/3/147

➤ Comorbid diabetes and eating disorders in adult patients

Descripción: Este artículo general describe los procedimientos de evaluación e intervención para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2, centrándose en el papel de los educadores en diabetes en este proceso.

Fuente: Gagnon C, Aime A. et al. *The Diabetes Educator*. 2012;38:537-542.

URL: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22585871

Capítulos de libro

➤ Eating disorders in type 1 and type 2 diabetes

Descripción: Este capítulo ofrece una revisión exhaustiva de la investigación sobre el alcance de estos problemas y lo que se sabe sobre sus consecuencias médicas. Se proponen factores de riesgo exclusivos de ambas formas de diabetes. Se describen herramientas de detección de trastornos alimentarios en la diabetes tipo 1 y se recomienda

su uso en la práctica clínica. Por último, se sugieren enfoques terapéuticos basados tanto en la investigación como en la experiencia clínica.

Fuente: Goeble-Fabbri AE. En AM Delamater & DG Marrero (Eds.) Behavioral diabetes: social ecological perspectives for pediatric and adult populations. New York: Springer, 2020.

URL: link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-33286-0_22

Libros

➤ **Prevention and Recovery from Eating Disorders in Type 1 Diabetes: Injecting Hope**

Descripción: Basado en entrevistas con mujeres con diabetes tipo 1 que se recuperaron de trastornos alimentarios, y en la experiencia de la autora en el área (investigación y clínica), este libro ofrece una visión de las experiencias vividas por estas mujeres y sus puntos de vista sobre el apoyo que encontraron útil para su recuperación.

Fuente: Goebel-Fabbri AE. Taylor & Francis, 2017.

URL: doi.org/10.4324/9781315710136

Para personas con diabetes

Selecciona **uno** o **dos** recursos, los que consideres más relevantes y apropiados para la persona.

Proporcionar la lista completa podría abrumar y no servir de ayuda

Apoyo

➤ **Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosa (FEACAB)**

Descripción: FEACAB está formada por asociaciones de diferentes provincias o comunidades autónomas de España. A través de su sitio web se puede acceder no sólo a las asociaciones integradas en FEACAB sino a otras muchas. En la mayoría de estas asociaciones se ofrecen servicio de apoyo psicológico.

URL: feacab.org

Información

➤ **SOM Salud Mental 360**

Descripción: SOM es una plataforma digital for-

mada por profesionales de salud, del sector social y de la educación. Este portal incluye contenidos de carácter divulgativo como blogs, monográficos, artículos, etc. sobre diferentes temáticas de salud mental, entre las que se incluyen los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), incluyendo información sobre los TCA en personas con diabetes.

URL: <https://tca.som360.org/es>

➤ **Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria**

Descripción: Hoja informativa para personas con diabetes sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Esta hoja informativa incluye sugerencias que la persona puede probar para reducir su angustia por la comida o el peso, y ofrece sugerencias de apoyo e información adicional. La hoja informativa puede descargarse del sitio web de la SED.

Fuente: NDSS y SED, 2023.

Referencias

1. Mannucci E, Rotella F, et al. Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2005;28(5):417-9.
2. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with Type 2 and Type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*. 2013;13(2):289-97.
3. Young V, Eiser C, et al. Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*. 2013;30(2):189-98.
4. Wilfley D, Berkowitz R, et al. Binge Eating, Mood, and Quality of Life in Youth With Type 2 Diabetes: Baseline data from the TODAY study. *Diabetes Care*. 2011;34(4):858-60.
5. Colton P, Olmsted M, et al. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care*. 2004;27(7):1654-9.
6. Jones JM, Lawson ML, et al. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *British Medical*

- Journal. 2000;320(7249):1563-6.
7. Rydall AC, Rodin GM, et al. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*. 1997;336(26):1849-54.
 8. Stancin T, Link DL, et al. Binge eating and purging in young women with IDDM. *Diabetes Care*. 1989;12(9):601-3.
 9. Abbott S, Dindol N, et al. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6(36).
 10. García-Mayor RV, García-Soidán FJ. Eating disorders in type 2 diabetic people: Brief review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2017;11(3):221-24.
 11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). 11a Revision: Versión 2018 ed. Geneva: OMS; 2018.
 12. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
 13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
 14. Nieto-Martínez R, González-Rivas J, et al. Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Current Diabetes Reports*. 2017;17(12):138.
 15. Pursey KM, Hart M, et al. Screening and identification of disordered eating in people with type 1 diabetes: A systematic review. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2020;34(4), 107522.
 16. Young-Hyman DL, Davis CL. Disordered Eating Behavior in Individuals With Diabetes: Importance of context, evaluation, and classification. *Diabetes Care*. 2010;33(3):683-9.
 17. Gagnon C, Aimé A, et al. Comorbid diabetes and eating disorders in adult patients: Assessment and considerations for treatment. *The Diabetes Educator*. 2012;38(4):537-42.
 18. Striegel RH, Bedrosian R, et al. Why men should be included in research on binge eating: results from a comparison of psychosocial impairment in men and women. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(2):233-40.
 19. De Paoli T, Rogers PJ. Disordered eating and insulin restriction in type 1 diabetes: A systematic review and testable model. *Eating Disorders*. 2018;26(4):343-60.
 20. Merwin RM, Moskovich AA, et al. Disinhibited eating and weight-related insulin mismanagement among individuals with type 1 diabetes. *Appetite*. 2014;81:123-30.
 21. Braet C, Claus L, et al. Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of Health Psychology*. 2008;13(6):733-43.
 22. van Strien T, Frijters JE, et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5(2):295-315.
 23. van Strien T, Herman CP, et al. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*. 2012;59(3):782-9.
 24. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*. 2003;3(4):341-7.
 25. Cleobury L, Tapper K. Reasons for eating 'unhealthy' snacks in overweight and obese males and females. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2014;27(4):333-41.
 26. van de Laar FA, van de Lisdonk EH, et al. Eating behaviour and adherence to diet in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*. 2006;23(7):788-94.
 27. Wardle J. Compulsive eating and dietary restraint. *British Journal of Clinical Psychology*. 1987;26(1):47-55.

28. Nolan LJ, Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eating Behaviors*. 2012;13(3):202-6.
29. Martyn-Nemeth P, Quinn L, et al. Diabetes distress may adversely affect the eating styles of women with type 1 diabetes. *Acta Diabetologica*. 2014;51(4):683-6.
30. Stice E, Marti CN, et al. Risk Factors for Onset of Eating Disorders: Evidence of Multiple Risk Pathways from an 8-Year Prospective Study. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49(10):622-7.
31. Jacobi C, Hayward C, et al. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*. 2004;130(1):19-65.
32. Wang Y, Rimm EB, et al. Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;81(3):555-63.
33. Wertheim EH, Koerner J, et al. Longitudinal Predictors of Restrictive Eating and Bulimic Tendencies in Three Different Age Groups of Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*. 2001;30(1):69-81.
34. Blinder BJ, Cumella EJ, et al. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(3):454-62.
35. Bernstein CM, Stockwell MS, et al. Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: prevalence and impact on glycemic control. *Clinical Pediatrics*. 2013;52(1):10-5.
36. Steel JM, Young RJ, et al. Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: associations with painful neuropathy and other complications. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*. 1987;294:859-62.
37. Nielsen S, Emborg C, et al. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care*. 2002;25(2):309-12.
38. Clery P, Stahl D, et al. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Diabetic Medicine*. 2017;34(12):1667-75.
39. Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, et al. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(3):415-9.
40. Meneghini LF, Spadola J, et al. Prevalence and Associations of Binge Eating Disorder in a Multiethnic Population With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2006;29(12):2760.
41. Crow S, Kendall D, et al. Binge eating and other psychopathology in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*. 2001;30(2):222-6.
42. Kenardy J, Mensch M, et al. Disordered eating behaviours in women with Type 2 diabetes mellitus. *Eating Behaviours*. 2001;2(2):183-92.
43. Rotella F, Cresci B, et al. Are psychopathological features relevant predictors of glucose control in patients with type 2 diabetes? A prospective study. *Acta Diabetologica*. 2012;49 (Suppl 1):S179-S84.
44. Goebel-Fabbri AE, Uplinger N, et al. Outpatient Management of Eating Disorders in Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(3):147-52.
45. Ali S, Stone M, et al. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*. 2006;23(11):1165-73.
46. Cerrelli F, Manini R, et al. Eating behavior affects quality of life in type 2 diabetes mellitus. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2005;10(4):251-7.
47. Morgan JF, Reid F, et al. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-8.
48. Rueda GE, Díaz LA, et al. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria* 2005;35(2), 89-94.
49. Zuidwijk CS, Pardy SA, et al. The mSCOFF for Screening Disordered Eating in Pediatric Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(2):e26-7.
50. Markowitz JT, Butler DA, et al. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(3):495-500.

51. Wisting L, Wonderlich J, et al. Psychometric properties and factor structure of the diabetes eating problem survey – revised (DEPS-R) among adult males and females with type 1 diabetes. *Journal of Eating Disorders*. 2019;7(2).
52. Sancauto C, Jiménez-Rodríguez D, et al. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. *Medicina Clínica*. 2017;148(12):548-554.
53. Goebel-Fabbri AE. Disturbed eating behaviors and eating disorders in type 1 diabetes: Clinical significance and treatment recommendations. *Current Diabetes Reports*. 2009;9(2):133-9.
54. Conn JJ, Silberberg CL, et al. Enhancing your consulting skills– supporting self-management and optimising mental health in people with type 1 diabetes. Canberra: National Diabetes Services Scheme; 2014.
55. Colton P, Rodin G, et al. Eating Disorders and Diabetes: Introduction and Overview. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(3):138-42.
56. Clery P, Stahl D, et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of interventions for people with Type 1 diabetes mellitus and disordered eating. *Diabetic Medicine*. 2017;34(12):1667-75.
57. Fairburn CG, Bailey-Straebl S, et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;70:64-71.
58. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*. 2013;43(12):2477-500.

«Quería pedir ayuda, un psicólogo, por ejemplo, pero no quería hacerlo directamente por el estigma al que lo asociaba y porque me daba vergüenza. Así que le insinuaba a mi sanitaria lo solo que me sentía y lo mal que lo estaba pasando. Pero ella siempre le restaba importancia. Me vi obligado a buscar ayuda por mi cuenta, me puse a buscar terapeutas y psicólogos. Dejé de buscar porque me sobrepasaba el tema».

Persona con diabetes tipo 1

Capítulo 9

Derivación a un profesional de salud mental



Mensajes clave

- En general, las personas con diabetes prefieren que sea su mismo profesional sanitario especializado en diabetes quien les apoye con los aspectos emocionales de la enfermedad (p. ej., con el estrés por la diabetes, las barreras psicológicas ante el uso de insulina o el miedo a la hipoglucemia).
- Si la persona tiene un problema de salud mental (p. ej., un trastorno de la conducta alimentaria, depresión o ansiedad) y no posee los conocimientos necesarios para ayudarla, debes derivarla a un especialista en medicina de familia (MF) o a un profesional de salud mental.
- Algunos problemas de salud mental requieren una atención inmediata y que se derive a la persona a un servicio especializado o que ingrese en un hospital (p. ej., en el caso de un trastorno de la conducta alimentaria que ponga en grave riesgo a la persona o que la persona esté en riesgo de suicidio inminente). Ponte en contacto inmediatamente con emergencias para derivarla en caso de crisis.



Puntos a tener en cuenta

- Habla con la persona con diabetes de por qué la vas a derivar y pregúntale qué piensa y cómo se siente al respecto.
- Sigue viéndola después de la derivación para tranquilizarla y mostrarle que te sigues interesando por la continuidad de sus cuidados. Aprovecha para ver cómo evoluciona y revisar el plan de acción si fuera necesario. Es importante realizar un seguimiento tras la derivación.
- Mantente en contacto con el profesional sanitario a quien la hayas derivado para llevar la continuidad de sus cuidados de manera coordinada.

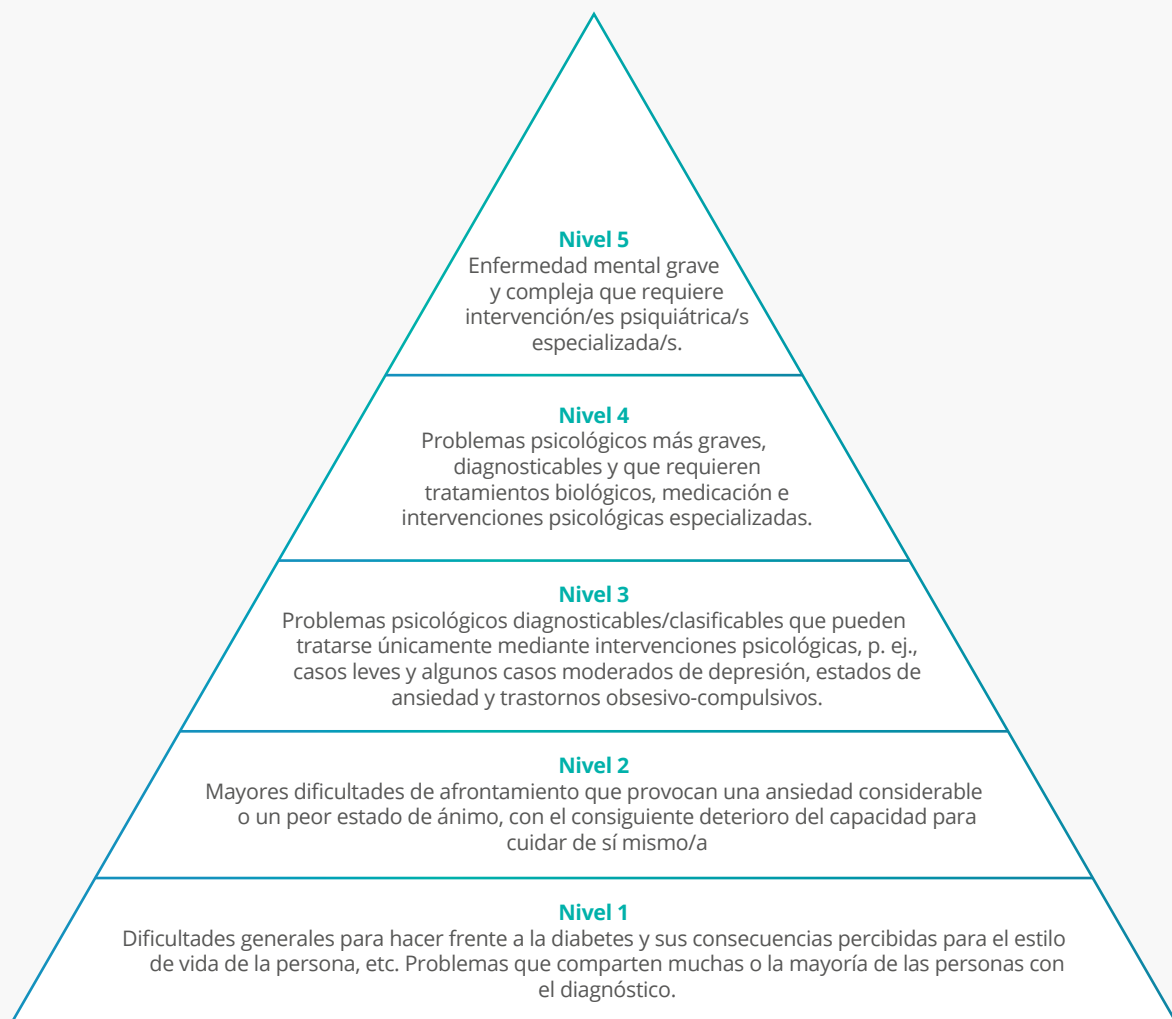
Antecedentes

Uno de los retos derivados de la atención a las necesidades emocionales y de salud mental de las personas con diabetes es saber distinguir entre qué problemas puedes tratar como parte de un enfoque de los cuidados de la diabetes centrados en la persona y qué problemas se tienen que derivar a un profesional de la salud mental.

La mayoría de las personas con diabetes (nivel 1 de la pirámide del cuadro 9.1) solo tienen dificultades generales o leves a la hora de hacer frente a la diabetes, y les vienen muy bien el apoyo y el asesoramiento

que puedan ofrecerles sus sanitarios habituales especializados en diabetes. A medida que se asciende en la pirámide, cuanto más grave y complejo es el problema psicológico, más probable es que la persona necesite apoyo psicológico especializado. cómo incorporarlas en la práctica clínica diaria. Esta guía práctica está diseñada para complementar y facilitar la aplicación de las directrices existentes ([ver cuadro 1](#)). La finalidad de esta guía práctica es promover el conocimiento y la comunicación de los problemas psicológicos que afectan a los adultos con diabetes.

Cuadro 9.1: Pirámide de los problemas psicológicos



Derivar a la persona

Antes de decidir si ayudar a la persona o derivarla a un profesional de la salud mental, ten en cuenta el contexto y la gravedad del problema, así como tu formación, conocimientos, habilidades, confianza, tiempo y recursos para abordar el problema; y lo que es más importante: habla con ella de estas cuestiones, ya que también puede tener sus propias preferencias.



La información contenida en esta sección sirve para situaciones en las que no hay una emergencia ni un peligro inminente (ni para uno mismo ni para los demás). Si necesitas información sobre qué hacer en casos de crisis, consulta la sección «Derivaciones en casos de crisis»

Consejos para derivar a la persona a un profesional de la salud mental

Cuando creas que tienes que derivar a un especialista a la persona con diabetes, es importante que hables con ella de las opciones que tiene a su disposición y del procedimiento que conlleva cada una.

- **Explícale por qué crees que es necesario derivarla.** Déjale claro qué cosas puede ofrecerle un profesional de la salud mental que tú no puedas ofrecerle y qué beneficios puede esperar si acude a él². Por ejemplo, ¿un profesional de salud mental le va a ayudar a manejar la diabetes, a reducir sus síntomas depresivos o a ambas cosas?
- **Averigua si la persona se siente cómoda con que la derives a un profesional de salud mental.** Quizá prefieras antes tomarte un tiempo para determinar su estado emocional y si está dispuesta o no a buscar y aceptar este tipo de ayuda² y, posteriormente, ayudarla a tomar una decisión informada al respecto cuando se sienta preparada³. Si se pone nerviosa o tiene dudas porque no sabe si está preparada, intenta normalizar el asunto diciéndole que es normal sentirse así y dale tiempo para que se lo piense.
- **Conoce las vías de derivación de tu zona.** Puede que la persona con diabetes se sienta más tranquila si le puedes recomendar personalmente a un

profesional o servicio de salud mental concreto (p. ej., con experiencia en diabetes)². También tienes consejos sobre cómo establecer vías de derivación en el [cuadro 9.2](#).

- **Explícale que es importante encontrar a alguien con quien «encaje».** Cada profesional sanitario tiene un estilo de consulta y un método propios; algunos se adaptarán mejor que otros a la persona. Si la persona considera que su estilo/método no satisface sus necesidades o se siente incómoda, explícale que es algo normal y que puedes ayudarla a buscar y a contactar con otros especialistas².
- **Indícale a la persona lo que puede esperar en una consulta de salud mental².** Por ejemplo, si la has derivado para una evaluación psicológica, explícale que probablemente tendrá que rellenar algún cuestionario y que responda a preguntas sobre su vida, sus familiares, sus antecedentes médicos y sus relaciones, entre otros. Si la has derivado a psiquiatría, explícale a qué se dedican estos profesionales y por qué consideras que el problema que presenta requiere una intervención psiquiátrica. Quizá tengas que aclararle la diferencia entre un especialista en psicología clínica y un psiquiatra.
- **Prepárala para lo que se espera de ella².** Coméntale que la duración y el curso de las intervenciones en salud mental varían en función del tipo de problema. Tendrá que comprometerse a estar en la consulta inicial un tiempo determinado (p. ej., 45-60 minutos), así como en el resto de consultas; la duración de la terapia se consensuará junto con el profesional de salud. También puede que haya tareas que tenga que realizar entre consultas (p. ej., llevar un registro de su estado de ánimo). Por lo general, será ella quien deba concertar las citas con el profesional de salud mental salvo en caso de urgencia².
- **Recuérdale el posible gasto que le supondría.** Por ejemplo, por lo general, tendrá que pagar las consultas con un profesional de la psicología o psiquiatra privados².
- **Explícale los tiempos de espera y las limitaciones del servicio.** Es posible que tengas que seguir atendiendo a la persona hasta que pueda ver al profesional de salud mental para que haya continuidad asistencial y no se quede nunca sin recibir el servicio.

- **Si la persona se muestra reacia o decide no acudir a un profesional de la salud mental en ese momento**, explícale que tus conocimientos son limitados (p. ej., que no eres una persona experta en el manejo de problemas de salud mental). Vigila la salud mental de la persona y, si es necesario, traza un plan para volver a plantearle la posibilidad de derivarla en otro momento. Mientras tanto, préstale apoyo básico (p. ej., dándole la oportunidad de que hable sobre sus preocupaciones y cómo están afectando a su diabetes²).
- Remítela a la hoja informativa «Cuándo y cómo los/ las psicólogos/as pueden ayudar a las personas con diabetes», disponible en el sitio web de la SED. Ahí dispone de información resumida para ayudarla a tomar una decisión tras charlar contigo sobre su derivación a un profesional de la psicología.
- Como referencia rápida para ti y tu equipo, puedes utilizar la hoja informativa “Ayudar a las personas con diabetes a acceder a apoyo psicológico profesional”. Está disponible en la página web de la SED.

Cuadro 9.2: Establecer vías de derivación

Además de la posibilidad de que la persona sea derivada a Salud mental por su MF, puedes optar por otras vías.

Por ejemplo, puedes pedirles a las personas de tu entorno que te recomienden profesionales.

Además, la mayoría de asociaciones de diabetes disponen de servicios de atención psicológica a cargo de profesionales de psicología con experiencia en diabetes. Puedes localizar la asociación más cercana en el sitio web de FEDE: fedesp.es/

También, desde el sitio web del Consejo General de la Psicología se puede acceder al mapa de Colegios Oficiales de Psicología por comunidades autónomas: cop.es/index.php. En los sitios web de cada comunidad es posible localizar a profesionales de psicología colegiados.

Redacta el informe de derivación

Tras acordar con la persona con diabetes que derivarla es la mejor opción, puedes solicitar una derivación a salud mental.

Si eres un profesional sanitario especializado en diabetes, tendrás que redactar un informe de derivación para solicitar una evaluación adicional (con una entrevista clínica) y el tratamiento de los problemas de salud mental que hayas identificado. Lo mejor suele ser, primero, remitir a la persona a su MF.

Cualquier MF puede evaluar los problemas de salud mental y elaborar un informe, que ayudará a la persona con diabetes y al profesional de salud mental¹¹. Además puede recetar medicamentos para tratar problemas de salud mental.

Es posible que ya dispongas de una plantilla normalizada para elaborar informes de derivación. Si no es así, el [cuadro 9.3](#) ofrece una guía general sobre qué incluir.²

Qué hacer después de derivar a la persona

Una vez que la hayas derivado, es tu responsabilidad asegurarte de que el informe se ha recibido correctamente y ha sido aceptado. Es importante que la persona no se quede esperando a que le den hora sin nadie que la apoye mientras tanto, sobre todo si te preocupa su bienestar o su seguridad.

Sigue brindándole tu apoyo con citas periódicas, sobre todo mientras esté forjando todavía la relación terapéutica con el profesional de salud mental. Cuando la atiendas:

- Pregúntale por la intervención de salud mental, p. ej.: «*Ya lleva unas cuantas sesiones con Julia. ¿Va bien con ella? ¿Cómo le han ido las cosas desde que va a verla?*». Ten en cuenta que los temas tratados con el profesional de salud mental pueden ser muy delicados. Respeta su derecho a la intimidad.²
- Si la persona con diabetes cree que la intervención no le está sirviendo, averigua por qué. Hazle saber que puede haber otras opciones y que no tendrías ningún problema en valorarlas con ella.² P. ej., podrías decirle algo así: «*Puede llevar algo de tiempo encontrar a una psicóloga o un psicólogo con quien sentirse a gusto. A veces, se trata un poco de ensayo y error hasta que encuentre al profesional adecuado; es algo normal, y esta experiencia no tiene por qué impedirle seguir buscando ayuda por otro lado*».

Cuadro 9.3: Lista de comprobación sugerida para elaborar un informe de derivación a un profesional de salud mental

<input type="checkbox"/>	Información identificativa	<ul style="list-style-type: none"> • nombre completo de la persona • sexo • edad • fecha de nacimiento • dirección
<input type="checkbox"/>	Motivo de la derivación	El motivo por el que redactas el informe de derivación (p. ej., para establecer un diagnóstico o para tratar una depresión grave).
<input type="checkbox"/>	Problema que presenta	<p>Un breve resumen seguido de una descripción más detallada (es decir, lo que la persona refiere y lo que tú observas). Sé breve, pero incluye detalles suficientes como para que el profesional sepa cómo enfocar su consulta inicial y pueda ofrecerle a la persona una atención óptima.</p> <p>Respetar la intimidad de la persona: asegúrate de si hay partes de vuestras conversaciones que ella prefiere que no incluyas en el volante.</p> <p>Documenta cualquier preocupación que tengas en materia de seguridad (p. ej., si existe un riesgo para la persona o para los demás).</p>
<input type="checkbox"/>	Resultados de la evaluación	Si dispones de esa información, incluye los resultados de los cuestionarios (y/o una copia de los cuestionarios rellenos por la persona) y la interpretación de los resultados de cualquier evaluación de riesgo de suicidio.
<input type="checkbox"/>	Antecedentes médicos	<p>Información relevante de todos los antecedentes médicos de la persona; p. ej.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el tipo de diabetes, la duración y el tratamiento; • su medicación actual; • alergias conocidas; • antecedentes de problemas de salud mental (incluyendo datos sobre su gravedad, duración y tratamiento; p. ej., los nombres de los medicamentos, tipos de terapia psicológica y datos de contacto de su profesional de salud mental).
<input type="checkbox"/>	Plan de seguimiento	Incluye el calendario previsto para el tratamiento médico de la persona. Concreta quién será el responsable del seguimiento. También puedes solicitar por escrito actualizaciones de la evolución y el tratamiento de la persona.
<input type="checkbox"/>	Consentimiento	Documenta que la persona ha dado su consentimiento para la derivación.
<input type="checkbox"/>	Tus datos de contacto	<p>P. ej.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tu nombre completo; • tu centro; • tu dirección; • tu teléfono; • tu correo electrónico.
<input type="checkbox"/>	Tu firma y la fecha	Acaba el volante de derivación con tu firma y la fecha.

- Si le han recetado psicotrópicos, pregúntale por ellos; p. ej., «¿Cómo se siente usted desde que empezó a tomar la medicación? ¿Ha notado algún cambio, ya sea positivo o negativo?». Algunos psicotrópicos pueden afectar a los niveles de glucemia, por lo que debes comprobar que la medicación no ha afectado a su manejo de la diabetes².
- Mantén una comunicación fluida con el profesional sanitario al que hayas derivado a la persona para revisar su evolución, así como para llevar un enfoque coordinado entre ambos.

Derivaciones en casos de urgencia

Además de seguir el procedimiento habitual de derivación en casos de urgencia en salud mental, puedes obtener más información sobre qué hacer si hay alguien en riesgo de suicidio inminente en el [cuadro 6.3](#) sobre el suicidio en el [capítulo 6](#). Referencias

Referencias

1. Emotional and Psychological Support Working Group of NHS Diabetes and Diabetes UK. Emotional and Psychological Support and Care in Diabetes. NHS Diabetes and Diabetes UK, London; 2010 [citado 20 Junio 2016]. Disponible en: diabetes.org.uk/professionals/position-statements-reports/diagnosis-ongoing-management-monitoring.
2. Conn JJ, Silberberg CL, et al. Enhancing your consulting skills supporting self-management and optimising mental health in people with type 1 diabetes. Canberra: National Diabetes Services Scheme; 2014.
3. Gilbert K, Dodson S. Diabetes burnout: adults with type 1 diabetes describe specific symptoms and successful strategies for prevention and management. Australian Society for Psychological Research into Diabetes. 2008.

«Le conté a mi médica que lo estaba pasando mal y, desde entonces, cada vez que nos veíamos, me preguntaba “Emocionalmente, ¿cómo se encuentra?” El hecho de que fuera proactiva con ese tipo de preguntas me ayudó muchísimo, la verdad, porque así no tenía que sacar yo el tema cada vez, especialmente cuando no me apetecía para nada».

Persona con diabetes tipo 2



Anexos

Anexo A: Apoyo entre iguales

- ¿Qué es el apoyo entre iguales?
- El efecto del apoyo entre iguales sobre la HbA1c
- El efecto del apoyo entre iguales sobre otros resultados
- ¿Es rentable el apoyo entre iguales?
- ¿A quién beneficia más el apoyo entre iguales?
- ¿Cómo pueden las personas con diabetes en España acceder al apoyo entre iguales?

Anexo A: Apoyo entre iguales

El apoyo entre iguales pone en contacto a personas que padecen una enfermedad crónica, como la diabetes, para que puedan compartir sus experiencias y apoyarse y animarse mutuamente. Puede ser un eficaz complemento de los conocimientos, la experiencia y el apoyo que ofrecen los profesionales sanitarios y las asociaciones de diabetes.

¿Qué es el apoyo entre iguales?

El apoyo entre iguales adopta muchas formas, como la mentoría o asesoramiento individual, los grupos de apoyo y los foros online. La mejor manera de definirlo es por lo que hace, no por la forma en que se hace o por quién lo hace. El apoyo entre iguales tiene cuatro funciones clave¹:

- Ayudar con el manejo de la enfermedad: consejos prácticos, solución de problemas y adquisición de recursos, todo basado en la experiencia de convivir con la enfermedad.
- Ofrecer apoyo social y emocional: escuchar con empatía, dar ánimos, afrontamiento de emociones negativas.
- Ayudar a desenvolverse en el sistema de salud y/o con los recursos comunitarios.
- Dar apoyo continuo en consonancia con la cronicidad de la enfermedad: alentar e implicarse en un seguimiento proactivo.

El efecto del apoyo entre iguales sobre la HbA1c

Existen pruebas concluyentes de que el apoyo entre iguales (para la diabetes tipo 1 y tipo 2) provoca pequeñas mejoras, pero estadísticamente significativas, de la HbA1c²⁻⁴. Un metaanálisis mostró una reducción media agrupada clínicamente significativa del 0,57%². Es importante señalar que los ensayos sobre el apoyo entre iguales varían considerablemente en cuanto a diseño, población e intervenciones, por lo que es posible que la reducción media de la HbA1c no sea el mejor indicador de la eficacia del apoyo entre iguales. También hay que tener en cuenta quién se beneficia más y en qué situaciones (ver más abajo).

El efecto del apoyo entre iguales sobre otros resultados

Puede que la HbA1c no sea el indicador más relevante de su eficacia, pero el apoyo entre iguales puede mejorar muchos resultados importantes para una persona con diabetes:⁵⁻⁹

- Resultados conductuales (p. ej., autoanálisis, toma de medicación, alimentación saludable, actividad física).
- Resultados psicosociales (p. ej., conocimientos sobre diabetes, autoeficacia, bienestar emocional, distrés por la diabetes).
- Resultados en salud (p. ej., niveles de glucemia, presión arterial, lípidos, grasa corporal, índice de masa corporal).

Los resultados y las experiencias de apoyo entre iguales no siempre se pueden cuantificar con facilidad o de forma homogénea. Una revisión de estudios cualitativos reveló que las personas con enfermedades crónicas utilizan las comunidades en línea (p. ej., foros y chats) con muchos fines.¹⁰ Por ejemplo:

- Para buscar apoyo social relacionado con la enfermedad fuera de sus propias redes (evitando así «cargar» a la familia y a los amigos con los detalles de la enfermedad).
- Para normalizar su identidad respecto a la enfermedad (p. ej., intercambiando y respondiendo a las historias de los demás).
- Para compartir experiencias (p. ej., cómo han puesto en práctica en la vida diaria las recomendaciones de sus profesionales sanitarios).
- Para encontrar una voz colectiva que defienda sus intereses.

Las Comunidades de Diabetes Online (CDO) son un ejemplo de cómo las personas con diabetes, los cuidadores, los profesionales sanitarios y las asociaciones conectan en línea para buscar apoyo e información respecto a la diabetes. Una reciente revisión sistemática ha señalado que las CDO son muy beneficiosas.¹¹ Sin embargo, es un área de investigación emergente y se necesitan más estudios para

identificar las consecuencias que tienen las CDO para sus participantes¹¹

¿Es rentable el apoyo entre iguales?

Existen pocos estudios que hayan evaluado el apoyo entre iguales en términos de coste-eficacia. Los modelos, programas e intervenciones de apoyo entre iguales difieren entre sí, al igual que los contextos sanitarios en los que se implementan. Esto dificulta la extrapolación de los resultados de un estudio a otras iniciativas de apoyo entre iguales. Las intervenciones estructuradas de apoyo entre iguales en el ámbito de la atención primaria pueden no tener coste o suponer un ahorro, dependiendo del resultado que se persiga, y tienen una probabilidad superior al 80% de ser rentables a largo plazo.¹²⁻¹⁴

En última instancia, los diversos beneficios del apoyo entre iguales anteriormente mencionados pueden suponer una reducción del uso de los recursos sanitarios y de los costes de los mismos.

¿A quién beneficia más el apoyo entre iguales?

Tres meta-análisis (centrados en la HbA1c como resultado²⁻⁴) determinaron que los beneficios del apoyo entre iguales son más visibles entre las personas que:

- Tienen una HbA1c basal por encima del rango objetivo recomendado.
- Proceden de un entorno cultural y lingüístico diverso.
- Están más desfavorecidas socialmente.
- Están menos comprometidas con el manejo de la diabetes.

Los beneficios también son mucho más evidentes cuando hay:

- Al menos una sesión al mes de apoyo entre iguales.
- Una supervisión estructurada por parte de los líderes del grupo.

Asimismo, una revisión de 47 estudios que evaluaban el apoyo entre iguales para grupos identificados como «difícilmente localizables» desveló que el 84 % de dichos estudios (en los que se incluía un grupo de control) informaban de diferencias significativas entre grupos, a favor del apoyo entre iguales¹⁵ En la

revisión también se observó que los beneficios del apoyo entre iguales eran mayores entre las personas más desfavorecidas (p. ej., con una menor alfabetización en salud, nivel educativo más bajo) y menos implicadas (p. ej., con un manejo de la enfermedad y adherencia a la medicación menos óptimos).

¿Cómo pueden las personas con diabetes en España acceder al apoyo entre iguales?

Las personas con diabetes pueden acceder al apoyo entre iguales en las asociaciones de diabetes. Muchas asociaciones ofrecen grupos presenciales de apoyo entre iguales y/o iniciativas online para personas con diabetes y/o sus familias. Se puede acceder a la mayoría de asociaciones de diabetes de España a través de FEDE (Federación Española de Diabetes): fedesp.es/asociaciones/

Referencias

1. Fisher EB, Ayala GX, et al. Contributions of peer support to health, health care, and prevention: papers from Peers for Progress. *The Annals of Family Medicine*. 2015;13(Suppl 1):S2-S8.
2. Qi L, Liu Q, et al. Effectiveness of peer support for improving glycaemic control in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015;15(1):471.
3. Zhang X, Yang S, et al. How to achieve better effect of peer support among adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(2):186-97.
4. Patil S, Ruppert T, et al. Peer Support Interventions for Adults With Diabetes: A Meta-Analysis of Hemoglobin A1c Outcomes. *Annals of Family Medicine*. 2016;14(6):540-51.
5. Assah FK, Atanga EN, et al. Community-based peer support significantly improves metabolic control in people with Type 2 diabetes in Yaoundé, Cameroon. *Diabetic Medicine*. 2015;32(7):886-9.
6. Knox L, Huff J, et al. What Peer Mentoring Adds to Already Good Patient Care: Implementing the Carpeta Roja Peer Mentoring Program in a Well-Resourced Health Care System. *Annals of Family Medicine*. 2015;13(Suppl 1):S59-S65.

7. Sazlina S-G, Browning CJ, et al. Effectiveness of Personalized Feedback Alone or Combined with Peer Support to Improve Physical Activity in Sedentary Older Malays with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Public Health*. 2015;3:178.
8. Cheng L, Sit JWH, et al. The effectiveness of the Diabetes Empowerment Self-management Interactive Research (DESIRE) programme on diabetes distress in patients with poorly controlled type 2 diabetes: secondary analysis of a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017;390:S93.



Anexos

Anexo B: Ejemplos de estrategias para abordar el distrés por la diabetes

Fuente de distrés:

- emociones negativas
- manejo de la diabetes
- relaciones interpersonales
- relaciones con los profesionales de la salud

Anexo B: Ejemplos de estrategias para abordar el distrés por la diabetes

La siguiente tabla contiene algunos ejemplos de estrategias, así como preguntas y acciones sugeridas, que pueden ayudarte a reflexionar sobre cómo podrías apoyar a alguien que padece distrés por la diabetes. Las estrategias están clasificadas en función de las fuentes más comunes de distrés por la diabetes. Los ejemplos pueden ser aplicables o servir para algunas personas, pero no para otras. Elige las estrategias que sean más adecuadas para la persona en cuestión y sus necesidades.

Fuente de distrés: emociones negativas		
Averigua cómo se podrían reducir los sentimientos negativos:	Explora las formas de afrontar el estrés	Averigua sus preocupaciones relacionadas con las complicaciones de la diabetes:
<ul style="list-style-type: none"> • Hazle preguntas en las que reconozcas y etiquetes sus sentimientos, p. ej.: «¿Desde hace cuánto que se siente así?», «¿De dónde cree que proceden esos sentimientos?» y «¿Qué haría falta para que se sintiera mejor?». • ¿Ha habido momentos en los que la persona sentía menos distrés por la diabetes? ¿En qué se diferenciaban de la situación actual? ¿Podrían servir las estrategias del pasado para responder a los sentimientos negativos actuales? • ¿Estos sentimientos negativos están presentes todo el tiempo o depende del día? ¿Qué es lo que cambia? • Decidid juntos los cambios (realistas) que deberá hacer la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntale “¿Qué le podría ayudar a relajarse?” (p. ej., dar un paseo, tomarse un café con un amigo, hacer yoga, leer un libro). • ¿Cómo podría la persona incorporar «momentos agradables» en su agenda diaria? <p>Averigua si el apoyo social podría ayudarla a reducir el distrés por la diabetes y de qué forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay alguien con quien pueda hablar? • ¿Le gustaría unirse a un grupo de apoyo entre iguales? Dale los datos de las iniciativas existentes (ver anexo A). 	<ul style="list-style-type: none"> • Averigua qué complicación preocupa más a la persona, p. ej., «¿Qué es lo que más le preocupa?». • ¿Conocen sus cifras de HbA1c? ¿Qué piensan al respecto? ¿Cuánto creen que tienen que cambiar esas cifras para reducir el riesgo que corren? • Identifica si las percepciones de la persona sobre sus riesgos son realistas y qué cree respecto a dichos riesgos. ¿Están fundamentadas estas creencias? • Dale información sobre su riesgo real y sobre los datos científicos actuales en cuanto al porcentaje de personas con diabetes que desarrollan complicaciones. • Háblale de las complicaciones pero sin intención de asustarla, sino de motivarla: <ul style="list-style-type: none"> – las complicaciones no son inevitables; los tratamientos actuales son muy eficaces en su prevención; – cómo puede reducir el riesgo de desarrollar complicaciones realizando cambios en el manejo o en su estilo de vida; – cómo puede vivir una vida larga y sana con diabetes. • Reconócele lo que esté haciendo bien en el manejo de la diabetes.

Fuente de distrés: manejo de la diabetes

Revisa el plan de manejo actual:	Revisa sus habilidades en el manejo de la diabetes:	Revisa los objetivos fijados y las posibles barreras:
<ul style="list-style-type: none"> • Normaliza lo que piensa la persona sobre su plan de manejo actual. • Pregúntale si ha pensado en cómo se podría ajustar mejor el manejo de la diabetes (p. ej., con nueva medicación o tecnologías). • Pregúntale si ha pensado en alguna opción de tratamiento alternativa. • Infórmala sobre los pros y los contras de las distintas opciones. • Interésate por sus preferencias. • Adaptad juntos su plan de manejo de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> – Pregúntale qué le parece el nuevo plan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablad sobre las habilidades y la confianza que tiene la persona en cuanto al manejo de la diabetes. • Háblale de pequeños cambios conductuales que podrían ayudarla, p. ej., a recordar hacer ciertas tareas (p. ej., tomarse la medicación o analizar la glucemia) o a reducir la carga que siente (p. ej., un sistema de recompensas); céntrate en los beneficios que ofrecen dichos cambios. • Ofrécele formación adicional si te la pide/lo prefiere o sugiérele que acuda a la consulta de un educador en diabetes. • Pregúntale si le gustaría recibir información sobre programas estructurados de educación en diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica que los objetivos que se ha fijado la persona sean alcanzables, p. ej. no es realista esforzarse por tener unos niveles de glucemia «perfectos» y además es probable que le genere frustración; quizá tampoco sea muy realista pasar de no hacer ninguna actividad física a ir al gimnasio cinco días a la semana. • Identifica (junto con la persona) las barreras percibidas a la hora de realizar las tareas de autocuidado/ los cambios en su estilo de vida y cómo sobrellevarlos. • Pregúntale qué tipo de apoyo le resultaría más útil a la hora de introducir cambios en su autocuidado y en su estilo de vida. • Háblale de las bondades del apoyo entre iguales y dale los datos de contacto de dichas iniciativas (ver anexo A).

Fuente de distrés: relaciones interpersonales

Pregúntale si le sería de ayuda traer a su pareja o a familiares/ amigos a la próxima consulta:	Apoya a la persona para que sea más asertiva en sus interacciones con su pareja o familiares/amigos:	Fomenta el apoyo entre iguales:
<ul style="list-style-type: none"> • Podría ayudar a la otra persona a comprender mejor su enfermedad, su manejo y las dificultades cotidianas. • La otra persona observará cómo su pareja/familiar maneja a diario la diabetes y los desafíos a los que se enfrenta para mantener sus niveles de glucemia dentro de los objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconócele que incluso el apoyo bien intencionado puede resultar frustrante. • Aconséjale a la persona que comparta con su pareja o con sus familiares/amigos: <ul style="list-style-type: none"> – cómo se siente conviviendo con la diabetes y los anime a hacer lo mismo; – lo que más le ayudaría que hiciera su pareja o sus familiares/ amigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descríbele en qué consiste el apoyo entre iguales y los beneficios que podría aportarle. • Ofrécele los datos de contacto de las iniciativas existentes de apoyo entre iguales (ver anexo A).

Fuente de distrés: relaciones con los profesionales de la salud

Reflexiona sobre tu relación con la persona y tu estilo comunicativo:	Ayuda a las personas con diabetes a ser más asertivas en sus interacciones con los profesionales sanitarios:	Anima a la persona a:
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le das la cantidad de información que necesita utilizando palabras de fácil comprensión? • ¿Se te da bien escucharla? • ¿Respondes sin emitir juicios de valor y de manera respetuosa? • ¿La animas y le reconoces sus esfuerzos por manejar la diabetes a diario? • ¿Apoyas lo suficiente a la persona? 	<ul style="list-style-type: none"> • Para que la persona pueda establecer sus propias prioridades, pregúntale al principio de la consulta de qué le gustaría que hablarais hoy. • Para que pueda tomar decisiones informadas sobre el manejo de la diabetes, infórmala de los últimos tratamientos y tecnologías; hablad de cuáles serían las opciones más realistas para ella. • Pregúntale si está recibiendo el apoyo que necesita por tu parte y por parte de otros sanitarios (de la diabetes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas o a pedir aclaraciones (p. ej., sobre los resultados de su examen médico, su salud general o su tratamiento). • Participar activamente en la toma de decisiones sobre su plan de manejo de la diabetes. • Preparar su próxima consulta y pensar en lo que le gustaría que hablarais.

Al finalizar vuestra conversación sobre el distrés por la diabetes:

- Pregúntale cómo se siente después de haber hablado de sus preocupaciones; es posible que la conversación ya le haya supuesto cierto alivio.
- Resume la conversación y los siguientes pasos que hayáis acordado. En ese contexto:
 - Comprueba si se siente segura y dispuesta a poner en práctica el plan de acción y si espera encontrarse con obstáculos importantes.
 - Tranquilízala diciéndole que, si es necesario, el plan se puede revisar en cualquier momento.
 - Ofrécele información para que la lea en casa. En el capítulo 3, dispones de una lista de recursos que pueden venirle bien a una persona con distrés por la diabetes. Selecciona uno o dos de los más relevantes para ella; es mejor no abrirla con demasiada información.

Referencias

1. Cheng L, Sit JWH, et al. The effectiveness of the Diabetes Empowerment Self-management Interactive Research (DESIRE) programme on diabetes distress in patients with poorly controlled type 2 diabetes: secondary analysis of a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017;390:S93.
2. Fisher L, Hessler D, et al. Toward effective interventions to reduce diabetes distress among adults with type 1 diabetes: Enhancing Emotion regulation and cognitive skills. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(8):1499-505.
3. Fisher L, Polonsky WH, et al. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. *Diabetic Medicine*. 2019;36(7):10.
4. Schmidt CB, van Loon JBP, et al. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic Medicine*. 2018;35(9):1157-72.
5. Mathiesen AS, Egerod I, et al. Psychosocial interventions for reducing diabetes distress in vulnerable people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2019;12:19-33.
6. Polonsky WH. *Diabetes burnout: what to do when you can't take it anymore*. Virginia, USA: American Diabetes Association; 1999



Anexos

Anexo C: Ejemplos de estrategias para superar las barreras psicológicas para la utilización de insulina (para personas con diabetes tipo 2)

Barreras

- Barrera: mitos y malentendidos sobre la insulina (p. ej., la insulina hace que la diabetes empeore, la insulina provoca complicaciones, no es importante ponerse la insulina tal y como se recomienda)
- preocupaciones relacionadas con las inyecciones (p. ej., falta de confianza, dolor, inquietudes)
- preocupación por el aumento de peso
- autopercepción (p. ej., sentir que es un fracaso, sentirse culpable)
- repercusiones en su estilo de vida (p. ej., menor flexibilidad o espontaneidad, tareas que exigen mucho tiempo, tener que dejar otras actividades, efecto en el trabajo, costes)
- actitudes y comportamientos percibidos por parte de otras personas (p. ej., estigma social, vergüenza, preocupaciones ajenas)
- riesgo de hipoglucemia
- preocupación por la complejidad de la pauta
- pérdida de independencia

Anexo C: Ejemplos de estrategias para abordar el distrés por la diabetes

No hay una única estrategia para abordar las barreras psicológicas para la utilización de insulina. Los ejemplos de esta tabla pueden funcionar con algunas barreras, pero no con otras. Sin embargo, estas estrategias te pueden ayudar a reflexionar sobre cómo puedes apoyar a alguien que se enfrenta a uno o varios de estos obstáculos. Selecciona las estrategias que sean adecuadas para la persona en cuestión y sus necesidades.

Barrera: mitos y malentendidos sobre la insulina (p. ej., la insulina hace que la diabetes empeore, la insulina provoca complicaciones, no es importante ponerse la insulina tal y como se recomienda)

Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<ul style="list-style-type: none"> • Explora lo que saben, lo que piensan y lo que sienten respecto a la insulina. • Indaga sobre sus preocupaciones y problemas generales con la diabetes (p. ej., los efectos secundarios de la hiperglucemia podrían animarla a hacer algunos cambios). • Pregúntale si: <ul style="list-style-type: none"> – conoce a otra persona con diabetes tipo 2 que se esté administrando insulina; – ha compartido sus experiencias con alguien (ya sean negativas o positivas), ya que esto podría influir en sus propias creencias/sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmíentele las ideas erróneas que pueda tener de la insulina (p. ej., si se administra correctamente, la insulina no causa ninguna complicación, sino que puede ayudar a prevenirlas). • Recálcale que la diabetes es una enfermedad progresiva, por lo que la insulina es algo casi inevitable. • Contrarresta sus preocupaciones con los beneficios que obtendría (p. ej., la insulina ayuda a mejorar los resultados glucémicos/permite más flexibilidad/mejores niveles de energía/bienestar/satisfacción con el tratamiento y previene las complicaciones de larga duración). • Desmíentele el mito de que no necesita administrarse insulina si tiene una glucemia elevada pero sin síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anímalas a realizar el balance decisonal (ver cuadro 5.3 en la página XX), ya que la ayudará en el proceso cognitivo de sopesar los pros y los contras. • Después de completar la herramienta, pídele que te comente sus respuestas. Servirá de base para elaborar el plan de acción. <p>Nota: Es mejor posponer otros posibles cambios en su régimen de tratamiento mientras esté procesando la nueva información y toma una decisión.</p>

Barrera: preocupaciones relacionadas con las inyecciones (p. ej., falta de confianza, dolor, inquietudes)

Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<ul style="list-style-type: none"> • Explora en profundidad el motivo o los motivos de su preocupación. • Pregúntale si ha visto alguna vez una pluma de insulina. • Pregúntale por sus experiencias anteriores con inyecciones o agujas. • Si le duele, averigua cuál podría ser el motivo. <p>Nota: Para obtener más información sobre el miedo a las inyecciones, consulta el cuadro 4.2.</p>	<p>Explícale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que muchas personas, al principio, tienen miedo de inyectarse, pero que ese miedo desaparece con la práctica; • cómo reducir el dolor (p. ej., relajándose con respiraciones profundas antes de la inyección, pincharse en sitios menos sensibles); • por qué debe seguir ese régimen de tratamiento (el tipo de insulina y el número de inyecciones, p. ej., por qué se recomiendan dos inyecciones en lugar de una). 	<ul style="list-style-type: none"> • Si a la persona le duele al inyectarse: <ul style="list-style-type: none"> – invítala a que se inyecte delante de ti para que puedas observar/comentar su técnica; – comprueba los puntos de inyección; – háblale de cómo manejar la insulina (p. ej., cómo debe almacenarse); – piensa si hay nuevas tecnologías y tratamientos (p. ej., agujas más finas, bombas de insulina, insulina de acción más prolongada). • Si es la primera vez que usa insulina: <ul style="list-style-type: none"> – enséñale lo pequeña que es la aguja de una pluma de insulina; – muéstrale la técnica de inyección (ver AYUDA en la página XX). – invítala a que se ponga la primera inyección en la consulta contigo (para tranquilizarla/animarla); – cuando se vaya a poner la primera inyección, dale tiempo hasta que se sienta a gusto; – pregúntale si le gustaría concertar citas durante los próximos días (consecutivos) hasta que se sienta segura inyectándose sola; – proponle un pequeño «período de prueba» con la insulina (ver AYUDA en la página XX). • Ayúdala con la derivación a un/a enfermero/a educador/a en diabetes para que aprenda o mejore sus técnicas de inyección y trabajen juntos para superar las barreras de la persona.

Barrera: preocupación por el aumento de peso		
Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntale por sus preocupaciones generales en cuanto a su peso y su figura corporal. • Averigua cuáles son sus principales obstáculos para mantener o bajar de peso. • Pregúntale por sus expectativas en relación con el aumento de peso. • Si ya se administra insulina, pregúntale por las repercusiones que está teniendo en su peso la insulina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilízala diciéndole que, aunque algunas personas aumentan de peso cuando comienzan a ponerse insulina, ese aumento suele ser, primero, de corta duración y, segundo, se contrarresta haciendo pequeños cambios en su estilo de vida. • Hazle hincapié en que la mayoría de las personas se sienten mejor físicamente cuando comienzan a ponerse insulina. • Explícale que un enfoque colaborativo (con la participación de su MF, endocrino/a, nutricionista y/o educador en diabetes) puede ayudar a minimizar dichas repercusiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayúdala a desarrollar un plan de acción para minimizar el impacto de la insulina en su peso (p. ej., optimizando su pauta de insulina y/o plan de comidas). • Explícale cómo ajustar las dosis de insulina en función de las lecturas de glucosa en sangre y de las comidas. • Sugierele que le pida ayuda a su pareja o a un familiar para mantener una alimentación sana y/o hacer ejercicio. • Ayúdala con la derivación a otro profesional sanitario (p. ej., a un nutricionista). <p>Nota 1: Optimiza su dosis de insulina para evitar la sobremedicación.</p> <p>Nota 2: Explora terapias para la diabetes que no afecten al peso o lo reduzcan (p. ej., metformina, DPP4, aGLP1 o SGLT2).</p>

Barrera: autopercepción (p. ej., sentir que es un fracaso, sentirse culpable)		
Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntale cómo se siente conviviendo con la diabetes. • Si procede, evalúa el distrés por la diabetes (ver capítulo 3), la depresión (ver capítulo 6) y/o los trastornos de ansiedad (ver capítulo 7). 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta disipar sus sentimientos de fracaso, culpa, vergüenza, etc. • Hazle hincapié en que: <ul style="list-style-type: none"> – la diabetes es una enfermedad progresiva; – muchas personas con diabetes tipo 2 necesitan insulina; – la insulina es un medio eficaz para prevenir las complicaciones de larga duración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta el capítulo 3 para ver cómo ayudar a una persona que tiene sentimientos negativos en torno a la diabetes. • Si los sentimientos negativos persisten, dévala a un profesional de la salud mental.

Barrera: repercusiones en su estilo de vida (p. ej., menor flexibilidad o espontaneidad, tareas que exigen mucho tiempo, tener que dejar otras actividades, efecto en el trabajo, costes)

Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntale cómo cree que afectará a su estilo de vida la insulina. • Explora en más profundidad qué aspectos de su estilo de vida se verán afectados, ya que servirá de base para elaborar el plan de acción para abordar la barrera en cuestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explícale los beneficios de la insulina relacionándolas con sus preocupaciones concretas (p. ej., más flexibilidad en el horario de comidas o en los alimentos que ingiere; sentirse con más energía, poder hacer más actividades). • Explícale que mantenerse activo tiene un efecto positivo en la sensibilidad a la insulina. • Si sufre discriminación por tener diabetes (p. ej., en el trabajo), ánimo-la a ponerse en contacto con FEDE o la asociación de diabetes más cercana, dónde la ayudarán a hacer valer sus derechos. • Proporcióname información sobre lo que le va a costar económicamente a él/ella la insulina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emplead la resolución de problemas con situaciones en las que la persona se sentiría incómoda inyectándose insulina (p. ej., ante compañeros, en público) o cómo continuar con sus actividades tras empezar a ponerse insulina. • Explícale cómo ajustar las dosis de insulina en función de las lecturas de glucemia y de las actividades y comidas previstas, para evitar que deje de hacer alguna actividad. • Proponle un pequeño «período de prueba» con la insulina (ver AYUDA en la página XX). <p>Nota 1: Para algunas personas, una inyección al día reduciría los efectos negativos de la insulina en su estilo de vida, mientras que, para otras, muchas inyecciones al día pueden aumentar la flexibilidad del tratamiento.</p> <p>Nota 2: Ten en cuenta el método de administración de la insulina (p. ej., pluma o bomba).</p>

Barrera: actitudes y comportamientos percibidos por parte de otras personas (p. ej., estigma social, vergüenza, preocupaciones ajenas)

Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<p>Pregúntale si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ha comentado con otras personas que pensaba ponerse insulina y cuál fue su reacción; • los demás la apoyan para pasarse a la insulina; • se siente cómoda inyectándose delante de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expón que no podemos controlar lo que piensen o digan los demás, pero sí podemos controlar cómo reaccionamos. • Háblale de que, a veces, los demás se burlan de otras personas o las ridiculizan por desconocimiento o por miedo. • Aconséjale que les explique a los demás por qué tiene que inyectarse insulina y que les enseñe su pluma de insulina, ya que así puede disuadir a otras personas de hacer más comentarios negativos sobre la insulina. 	<p>Si un familiar cercano o amigo/a no entiende por qué tiene que ponerse insulina o le preocupa que se la ponga, sugierele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que le acompañe a la próxima consulta o a una sesión de información sobre diabetes (si es posible); • que le entregue al familiar o a amigo/a un folleto informativo sobre la insulina. <p>Infórmala sobre los servicios existentes de apoyo a la diabetes, ya sean online o presenciales en su zona, y ánimo-la a participar en ellos para fortalecer sus redes de apoyo. Ver Anexo A.</p>

Barrera: riesgo de hipoglucemia		
Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<p>Pregúntale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qué sabe de la hipoglucemia; • por sus preocupaciones respecto al riesgo de sufrir una hipoglucemia; • qué es lo que más teme de la hipoglucemia (ver capítulo 4). 	<p>Explícale que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la hipoglucemia es un efecto secundario del uso de la insulina; • existen estrategias para prevenir los bajones de azúcar (p. ej., los autoanálisis de glucemia y tratarlos a tiempo); • el riesgo de sufrir una hipoglucemia grave (niveles muy bajos de glucosa en sangre) es más bajo en las personas con diabetes tipo 2; • tiene a su disposición formación sobre la prevención y el tratamiento de la hipoglucemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la persona a acceder a una formación adecuada en materia de prevención y manejo de la hipoglucemia. • Implementa/adapta la pauta de insulina poco a poco para que la persona se vaya sintiendo cada vez más segura y vaya ganando confianza. <p>Nota: Pensad en tratamientos que impliquen un menor riesgo (p. ej., insulina de acción prolongada, alternativas a la insulina).</p>

Barrera: preocupación por la complejidad de la pauta		
Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<p>Pregúntale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qué aspectos de su régimen de tratamiento considera que son más complejos o difíciles; • si añadir el uso de insulina a su plan de tratamiento aumentaría la complejidad del mismo; • las dificultades con las que se ha encontrado (si ya se administra insulina). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconócele que, al principio, administrarse insulina puede parecer un régimen de tratamiento más complejo, pero que puede ir poco a poco (p. ej., empezando con una inyección de acción prolongada una vez al día). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablad y decidid juntos un régimen de tratamiento que se adapte al estilo de vida de la persona, a sus necesidades en materia de salud y a su nivel de confianza. • Ofrécele formación/recursos para manejar la diabetes o ayúdala a acceder a ellos (p. ej., cómo administrar la insulina/manejar la glucemia/evitar la hipoglucemia), con especial énfasis en los aspectos de la pauta que le resulten más difíciles. • Proponle un pequeño «período de prueba» con la insulina (ver AYUDA)

Barrera: pérdida de independencia

Averigua conversando cuál es la barrera	Dale información sobre la barrera	Elaborad juntos un plan de acción
<p>Averigua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qué entiende por pérdida de independencia; • qué parte de su vida es más probable que cambie; • as repercusiones sobre su «libertad». 	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilízala diciéndole que administrarse insulina no implica una pérdida de independencia. • Explícale que al ponerse insulina lo más probable es que gane independencia (p. ej., más energía, flexibilidad en cuanto a cuándo y qué comer) y que podrá llevar una vida normal y saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablad y decidid juntos un régimen de tratamiento que se adapte al estilo de vida de la persona, a sus necesidades en materia de salud y a su nivel de confianza. • Ofrécele formación/recursos para manejar la diabetes o ayúdala a acceder a ellos (p. ej., cómo administrar la insulina/manejar la glucemia/evitar la hipoglucemia), con especial énfasis en los aspectos de la pauta que le resulten más difíciles. • Proponle un pequeño «período de prueba» con la insulina (ver AYUDA)

Al finalizar vuestra conversación sobre las barreras psicológicas para la utilización de insulina:

- Pregúntale cómo se siente después de haber hablado de sus preocupaciones.
- Resume la conversación y los siguientes pasos que hayáis acordado. En ese contexto:
 - Comprueba si se siente segura y dispuesta a poner en práctica el plan de acción y si espera encontrarse con obstáculos importantes.
 - Tranquilízala diciéndole que, si es necesario, el plan se puede revisar en cualquier momento.
 - Ofrécele información para que la lea en casa. Al final del [capítulo 5](#), dispones de una lista de recursos que pueden venirle bien a una persona con este tipo de barreras. Selecciona **uno o dos** de los más relevantes para ella; es mejor no abrumarla con demasiada información.

Referencias

1. Barag SH. Insulin therapy for management of type 2 diabetes mellitus: strategies for initiation and long-term patient adherence. *Journal of the American Osteopathic Association*. 2011;111(5):S13-6.
2. Brunton SA, Davis SN, et al. Overcoming psychological barriers to insulin use in type 2 diabetes. *Clinical Cornerstone*. 2006;8(2):S19-26.
3. Funnell MM. Quality of life and insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Insulin*. 2008;3(1):31-6.
4. Hajos TRS, Pouwer F, et al. The longitudinal association between glycaemic control and health-related quality of life following insulin therapy optimisation in type 2 diabetes patients. A prospective observational study in secondary care. *Quality of Life Research*. 2012;21(8):1359-65.
5. Korytkowski M. When oral agents fail: practical barriers to starting insulin. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2002;26(Suppl 3):S18-24.
6. Marrero DG. Overcoming patient barriers to initiating insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Clinical Cornerstone*. 2007;8(2):33-43.
7. Peyrot M, Barnett A, et al. Factors associated with injection omission/non-adherence in the Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2012;14(12):1081-7.
8. Polonsky WH, Jackson RA. What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004;22(3):147-50.
9. Polonsky WH, Fisher L, et al. Identifying solutions to psychological insulin resistance: An international study. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2019;33(4):307-14.
10. Wilson M, Moore MP, et al. Treatment satisfaction after commencement of insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2004;66(3):263-7.



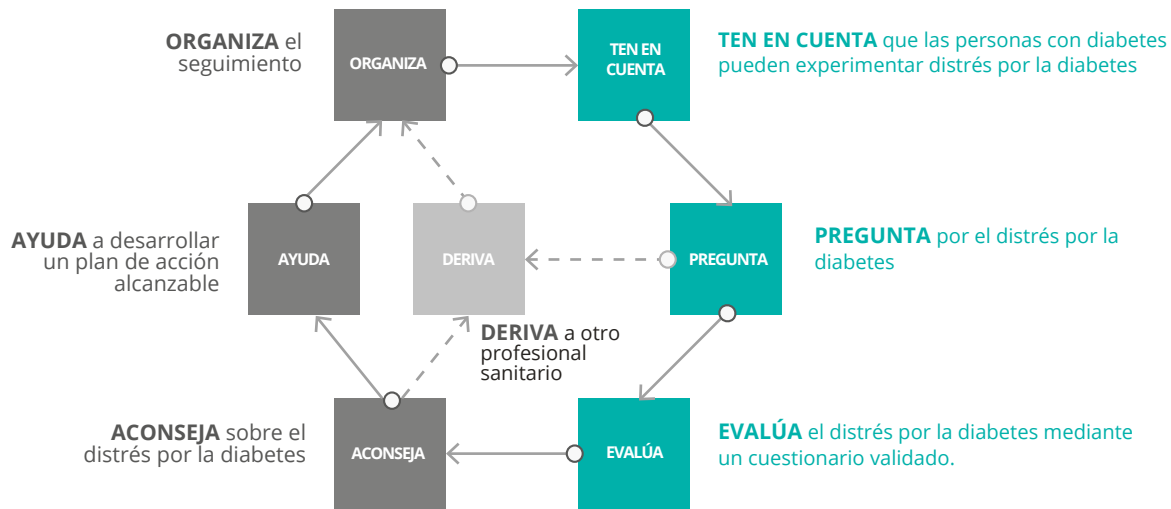
Anexo D

Fichas resumen

- Distrés por la diabetes
- Miedo a la hipoglucemia
- Barreras psicológicas a la utilización de insulina
- Depresión
- Trastornos de ansiedad
- Problemas de la conducta alimentaria

Distrés por la diabetes

El modelo de los "7 PASOS"



TEN EN CUENTA que las personas con diabetes pueden experimentar distrés por la diabetes

- El distrés por la diabetes es la carga emocional derivada de convivir con la diabetes y manejarla a diario.
- Busca los signos: niveles subóptimos de HbA1c o niveles inestables de glucosa en sangre, faltar a las citas clínicas, menor compromiso de la persona con las tareas de autocuidado de la diabetes, estrategias de afrontamiento ineficaces, múltiples estresores vitales, estrés crónico, deterioro de las relaciones (personales o con los profesionales de la salud), mostrar una actitud pasivo-agresiva durante las consultas.

PREGUNTA por el distrés por la diabetes

- Cuándo preguntar: de forma rutinaria a todas las personas con diabetes.
- Formúlele preguntas abiertas para averiguar la repercusión de la diabetes en la vida diaria y el bienestar de la persona, como, p. ej.:
 - «¿Qué es lo que le resulta más difícil de vivir con diabetes?»
 - «¿Se interpone la diabetes entre usted y otros aspectos de su vida en este momento?».
- Si sale a colación alguna preocupación relacionada con la diabetes, sigue con **EVALÚA**.

EVALÚA el distrés por la diabetes mediante un cuestionario validado

- Cuándo evaluar:
 - anualmente y
 - si **TEN EN CUENTA** o **PREGUNTA** te indica que puede sentir distrés por la diabetes.
- Emplea un cuestionario validado, como la escala Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID):
 - una puntuación en un ítem de 3 o más indica la presencia de un «área problemática» o una preocupación;
 - una puntuación total en el PAID de 40 o más sobre 100 indica la presencia de un grave distrés por la diabetes.
- Si no se detecta distrés por la diabetes, pero sigue habiendo un problema, valora la posibilidad de que existan otros problemas psicológicos (p. ej., depresión o ansiedad).

EVALÚA el distrés por la diabetes mediante un cuestionario validado

- Cuándo evaluar: si **TEN EN CUENTA** o **PREGUNTA** indica un posible miedo a la hipoglucemia, requiere explorar más a fondo las preocupaciones concretas que le causan miedo.
- Emplea un cuestionario validado, como la escala de Miedo a la Hipoglucemia-II Preocupación (HFS-II W).
 - Cuando la persona haya puntuado un ítem con un 3 o un 4, invítala a que indague más sobre sus preocupaciones, p. ej.: «*Me he dado cuenta de que le preocupa [tal cosa]. ¿Podría hablarme un poco más al respecto?*» o «*Parece que le preocupa bastante la hipoglucemia. ¿De cuál de estas preocupaciones le vendría mejor que habláramos hoy?*».
- Averigua también si la persona mantiene sus niveles de glucosa en sangre más altos a propósito para reducir el riesgo de sufrir una hipoglucemia.
- Si detectas la presencia de miedo a la hipoglucemia, sigue con **ACONSEJA**.
- Si no detectas miedo a la hipoglucemia pero sigue habiendo un problema, valora la posibilidad de que existan otros problemas psicológicos (p. ej., depresión o ansiedad).

ACONSEJA sobre el distrés por la diabetes

- Explícale en qué consiste el distrés por la diabetes.
- Reconoce ante ella que convivir con la diabetes puede ser todo un reto; es normal tener sentimientos negativos al respecto y sentir frustración, ansiedad, agobio o distrés por la diabetes.
- Explícale que conocer los signos y las consecuencias del distrés por la diabetes le ayudará a reconocerlo y a responder con prontitud.
- Elaborad un plan conjunto sobre «los próximos pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir para reducir el distrés por la diabetes y el apoyo que pueda necesitar para ello).

AYUDA a desarrollar un plan de acción alcanzable

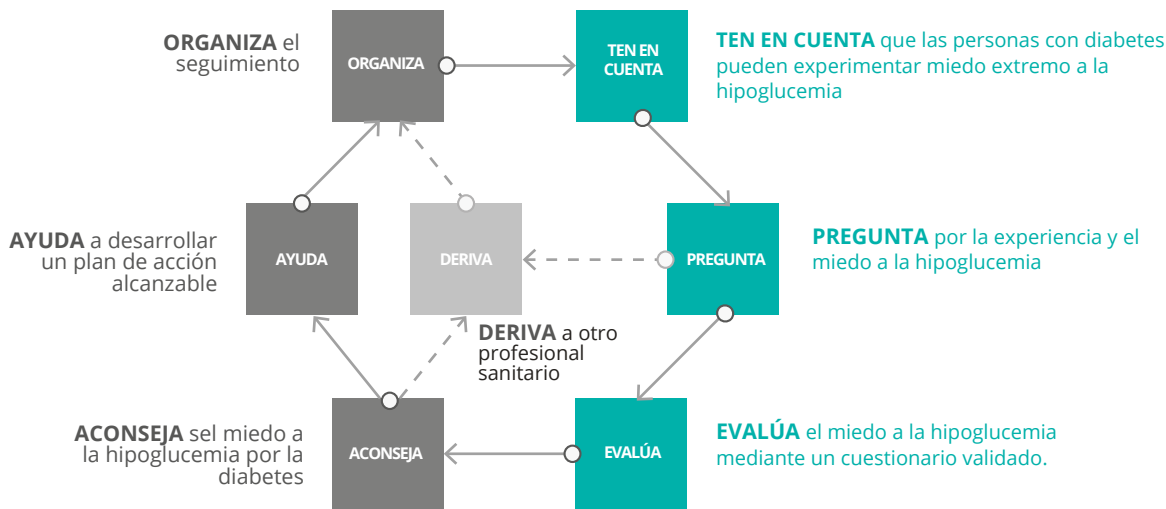
- Averigua la fuente o fuentes de distrés por la diabetes de la persona y el tipo de apoyo que necesita, p. ej., educación terapéutica en diabetes, una revisión de su plan de manejo, apoyo emocional/social/profesional o una combinación de todo lo anterior.
- Dale tu apoyo, así como información relevante.
- Desarrollad juntos un plan para abordar su distrés, dando prioridad a los problemas más importantes o que le supongan una carga adicional.
- Plantéate derivar a la persona en caso de que persista su distrés por la diabetes.

DERIVA a otro profesional sanitario

- Las personas con diabetes suelen preferir que sea su propio profesional sanitario quien las ayude con el impacto emocional de la diabetes.
- Dado que el distrés por la diabetes es frecuente y está estrechamente relacionado con el manejo de la enfermedad, es mejor que lo aborde un profesional sanitario especializado en diabetes.
- Si no te sientes a gusto o con capacidad para hacerlo, derivala a otro profesional pertinente que le preste **AYUDA**.
- Mantén un contacto constante con el profesional sanitario al que la hayas derivado.

Miedo a la hipoglucemia

El modelo de los "7 PASOS"



TEN EN CUENTA que las personas con diabetes pueden experimentar un miedo extremo a la hipoglucemia

- El miedo a la hipoglucemia es un miedo específico y extremo derivado de haber sufrido y/o del riesgo de sufrir una hipoglucemia.
- Busca los signos: comportamientos de sobrecompensación (p. ej., reducción de la dosis de insulina o sobreingestas), comportamientos de evitación (p. ej., limitar el ejercicio o las actividades sociales), analizarse demasiadas veces la glucosa al día, conformarse con niveles de glucemia altos y constantes, no hacer los cambios de tratamiento «acordados» para reducir los niveles de glucosa.

PREGUNTA por la experiencia y el miedo a la hipoglucemia

- Cuándo preguntar:
 - si ha sufrido una hipoglucemia: en cada consulta;
 - por el miedo a la hipoglucemia: cuando hayas observado signos (ver **TEN EN CUENTA**).
- Formúlale preguntas abiertas a la hora de hablar de la hipoglucemia y los miedos relacionados, p. ej.:
 - «¿Cuál ha sido su peor experiencia con la hipoglucemia?».
 - «¿Qué es lo que más le preocupa de la hipoglucemia?».
- Pregúntale directamente por posibles comportamientos compensatorios:
 - «Algunas personas se ponen menos insulina porque les preocupa sufrir una hipoglucemia. ¿Ha reducido alguna vez la dosis de insulina para evitar una hipoglucemia?».
 Si la persona te indica que le tiene miedo a la hipoglucemia, sigue con **EVALÚA**.

ACONSEJA sobre el miedo a la hipoglucemia

- Ten en cuenta las preocupaciones concretas que haya comentado la persona en **PREGUNTA** o **EVALÚA**.
- Reconócele que es frecuente que a las personas con diabetes les preocupe la hipoglucemia.
- Explícale que preocuparse hasta cierto punto es algo adaptativo y puede motivar a la persona a actuar adecuadamente para tratar o evitar una hipoglucemia, pero que el miedo extremo hay que tratarlo.
- Informa a la persona de diversas maneras de reducir su miedo a la hipoglucemia, p. ej.:
 - estrategias de manejo de la diabetes para reducir la frecuencia y la gravedad de las hipoglucemias;
 - estrategias psicológicas que se centran directamente en el miedo extremo.
- Si la persona mantiene constantemente sus niveles de glucemia en un rango superior al indicado para evitar una hipoglucemia, explícale que eso puede tener consecuencias para su salud a largo plazo.
- Elaborad un plan conjunto sobre «los próximos pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir y el apoyo que pueda necesitar para ello).

AYUDA a desarrollar un plan de acción alcanzable

- A través del manejo de la hipoglucemia/diabetes:
 - averigua qué conocimientos tiene sobre hipoglucemia, cómo tratarla y las barreras para tratarla;
 - revisa su manejo actual de la diabetes y hablad de las tecnologías disponibles (p. ej., las bombas, los medidores continuos de glucosa);
 - ofrécele formación adicional sobre hipoglucemia y/o educación terapéutica;
 - acordad un plan de acción para reducir la hipoglucemia.
- A través del manejo del miedo:
 - dale información precisa y personalizada del riesgo que corre de sufrir una hipoglucemia;
 - anímal a realizar cambios de conducta y a desterrar creencias inútiles respecto a la hipoglucemia;
 - desarrolla un plan escalonado para que recupere la confianza y la sensación de control individual.
- Plantéate derivarla si el miedo persiste o si forma parte de un trastorno de ansiedad o si es la consecuencia de un episodio traumático de hipoglucemia.

DERIVA a otro profesional sanitario

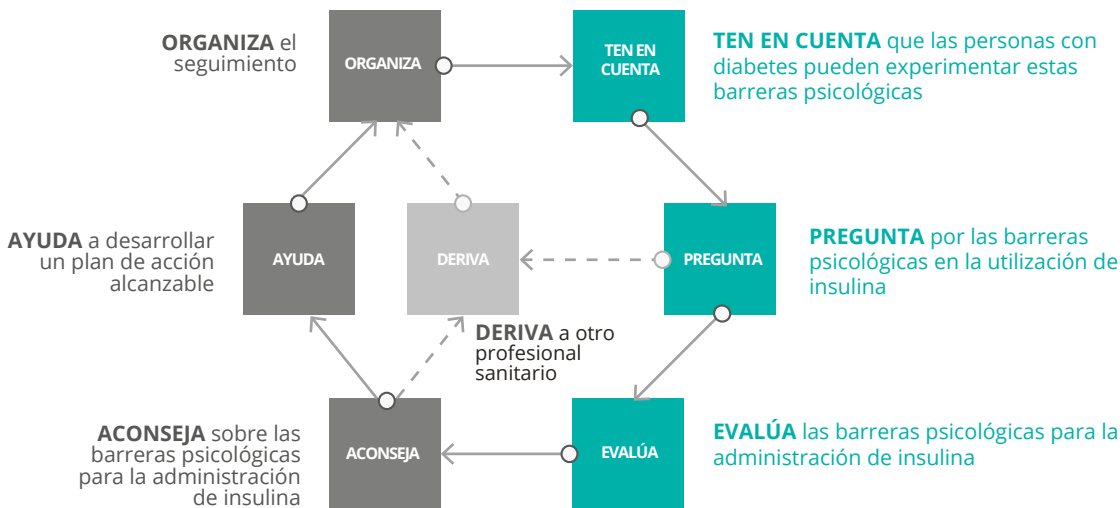
- Las personas con diabetes suelen preferir que sea su propio profesional sanitario quien las ayude con el impacto emocional de la diabetes.
- Si no te sientes a gusto o con capacidad para hacerlo, dévala a otro profesional pertinente que le preste **AYUDA**.
- Mantén un contacto constante con el profesional sanitario al que la hayas derivado.

ORGANIZA el seguimiento

- Acuerda con la persona una cita de seguimiento para:
 - preguntarle por su evolución;
 - valorar si hace falta revisar el plan de acción.
- Si has empleado un cuestionario para **EVALUAR** (p. ej., el HFS-II W), considera la posibilidad de volver a utilizarlo para reevaluar su miedo a la hipoglucemia. Acordad con qué periodicidad convendría hacer las reevaluaciones.
- Prepárate para prestarle más apoyo en esta etapa (p. ej., a través de revisiones telefónicas o consultas prolongadas/más frecuentes).

Barreras psicológicas a la utilización de insulina

El modelo de los "7 PASOS"



TEN EN CUENTA que las personas con diabetes tipo 2 pueden experimentar barreras psicológicas para la utilización de insulina

- Las barreras psicológicas para la utilización de insulina son los pensamientos o sentimientos negativos que las personas con diabetes pueden tener respecto al inicio, administración o aumento de la insulina.
- Busca los signos: evitar hablar de la insulina (p. ej., cambiar de tema, faltar a las citas), mostrar preocupación (p. ej., por los posibles efectos secundarios, las inyecciones, la repercusión en su estilo de vida, la auto percepción y la percepción de los demás), el uso indebido de la insulina (p. ej., omitir dosis, ponerse dosis más pequeñas de lo recomendado).
- Las barreras psicológicas para la utilización de insulina las experimentan tanto las personas que se administran insulina como las que aún no se la administran.

PREGUNTA por las barreras psicológicas para la utilización de insulina

- Cuándo preguntar:
 - poco después de haber recibido el diagnóstico de diabetes tipo 2;
 - cuando observes signos de preocupación o inquietudes respecto a la insulina (ver **TEN EN CUENTA**);
 - si la persona tiene un nivel de HbA1c fuera de objetivo a pesar de estar tomándose (casi) el máximo de fármacos orales.
- Formúlele preguntas abiertas para hablar de la insulina y averiguar qué es lo que le preocupa, como, p. ej.:
 - «¿Qué opina sobre la posibilidad de ponerse insulina [ahora o en el futuro]? ¿Podría comentarme algo más al respecto?».
 - «A algunas personas les preocupa administrarse insulina y es algo que les genera dudas. ¿Ha pensado en comenzar a ponérsela? ¿Le importaría hablarme un poco más del tema?».
- Si la persona con diabetes tipo 2 se muestra preocupada o tiene dudas sobre la insulina, sigue con **EVALÚA**.

ACONSEJA sobre las barreras psicológicas para la utilización de insulina

- Ten en cuenta las barreras concretas que la persona haya comentado en **PREGUNTA** o **EVALÚA**.
- Reconócele que tener dudas y/o preocupaciones es algo frecuente.
- Tranquilízala diciéndole que el hecho de que ahora necesite insulina no quiere decir que haya «fracasado».
- Coméntale que muchas personas tienen que ponerse insulina como parte de la evolución natural de la diabetes.
- Dile que las personas que se administran insulina le encuentran muchas ventajas porque:
 - es una forma eficaz de mantener la glucemia dentro de un rango óptimo para evitar complicaciones de larga duración;
 - les permite ser más flexibles con la dieta y con la planificación de las comidas;
 - mejora sus niveles de energía.
- Coméntale que puede comenzar con la insulina poniéndose únicamente una o dos inyecciones al día.
- Déjale claro que es decisión suya ponerse o no insulina y que te gustaría ayudarla a tomar una decisión informada.
- Elaborad un plan conjunto sobre «los próximos pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir y el apoyo que pueda necesitar para ello).

AYUDA a desarrollar un plan de acción alcanzable

- Ayúdala a:
 - superar las barreras detectadas utilizando estrategias adecuadas (p. ej., técnicas de entrevista motivacional, «un ensayo con insulina»);
 - tomar una decisión informada sobre un plan de acción que incluya objetivos alcanzables y medibles para superar las barreras psicológicas a la insulina;
 - identificar las fuentes de asesoramiento y apoyo (p. ej., educación estructurada en grupo, apoyo entre iguales).

DERIVA a otro profesional sanitario

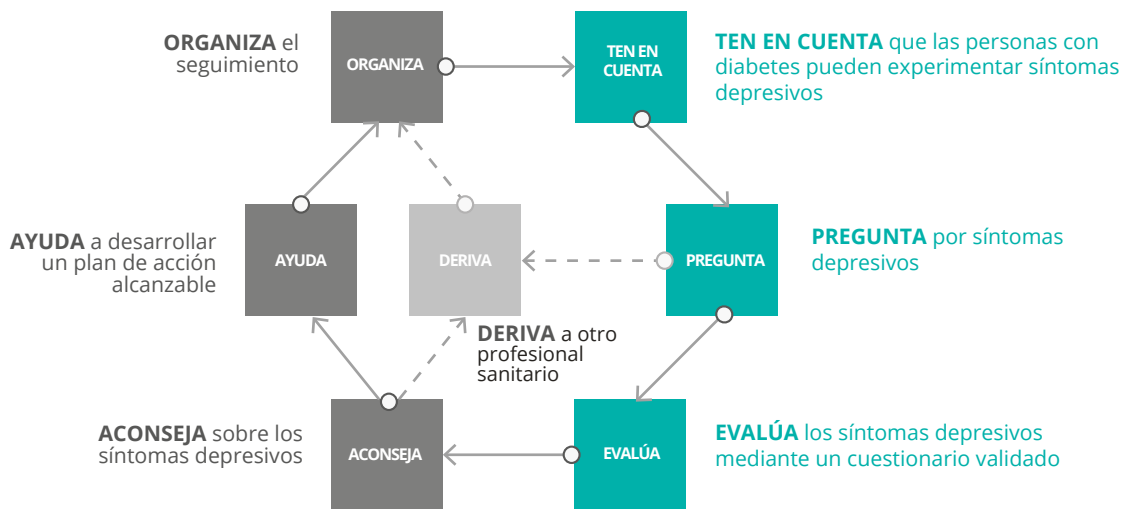
- Las personas con diabetes suelen preferir que sea su propio profesional sanitario quien las ayude con el impacto emocional de la diabetes.
- Si no te sientes a gusto o con capacidad para hacerlo, dévala a un profesional de la salud pertinente que le preste **AYUDA**.
- Mantén un contacto constante con el profesional sanitario al que la hayas derivado.

ORGANIZA el seguimiento

- Acuerda con la persona una cita de seguimiento para:
 - preguntarle por su evolución;
 - valorar si hace falta revisar el plan de acción.
- Prepárate para prestarle más apoyo en esta etapa (p. ej., a través de revisiones telefónicas o consultas prolongadas/más frecuentes).

Depresión

El modelo de los "7 PASOS"



TEN EN CUENTA que las personas con diabetes pueden experimentar síntomas depresivos

- La depresión es un problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por un constante estado de ánimo bajo y falta de interés y placer en las actividades habituales (durante al menos dos semanas).
- Busca signos: bajo estado de ánimo (p. ej., tristeza, desesperanza, llanto), pérdida de interés o placer en las actividades habituales, irritabilidad, sentirse inútil o excesivamente culpable, o culpable sin motivo, dificultades para concentrarse, falta de energía, cambios de peso y en los patrones de sueño, cambios psicomotrices (p. ej., moverse o hablar más despacio de lo habitual o sentir inquietud o intranquilidad), distanciamiento de los apoyos sociales y profesionales, menor participación en las tareas de autocuidado de la diabetes, pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio.

PREGUNTA por los síntomas depresivos

- Cuándo preguntar:
 - según lo indicado por las guías de práctica clínica (p. ej., de forma rutinaria o anual);
 - cuando la persona refiera síntomas o cuando hayas observado signos (ver **TEN EN CUENTA**);
 - en momentos difíciles o cuando haya alguna adaptación importante relacionada con la diabetes (p. ej., tras recibir el diagnóstico de la diabetes o de alguna complicación, tras una hospitalización o tras introducir cambios importantes en el régimen de tratamiento);
 - durante o después de acontecimientos vitales estresantes;
 - si la persona tiene antecedentes de depresión u otros problemas de salud mental.
- Formúlele preguntas abiertas o adminístrale el PHQ-2:
 - «En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado tener poco interés en las cosas o no disfrutar haciéndolas?».
 - «En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a?».
 - Cada opción de respuesta se puntúa como sigue: «Ningún día» (0), «Varios días» (1), «Más de la mitad de los días» (2) y «Casi todos los días» (3). Para obtener la puntuación total, se suman los puntos de todas las respuestas.
- Si su puntuación total en el PHQ-2 es:
 - 3 o más: comprueba si la persona ya ha sido diagnosticada o si está en tratamiento por depresión; si no es así, hay que realizar una evaluación adicional (ver **EVALÚA**);
 - inferior a 3 pero sospechas que hay un problema: considera la posibilidad de que la persona pueda tener distrés por la diabetes, síntomas agudos de ansiedad u otro problema psicológico.

EVALÚA los síntomas depresivos mediante un cuestionario validado

- Cuándo evaluar:
 - según lo indicado por las guías de práctica clínica (p. ej., de forma rutinaria o anual);
 - si **TEN EN CUENTA** o **PREGUNTA** indica la presencia de síntomas depresivos.
- Emplea un breve cuestionario validado, como el PHQ-9.
- Una puntuación total en el PHQ-9 igual o superior a 10 indica síntomas depresivos de moderados a graves:
 - pregúntale por sus antecedentes de depresión y otros problemas de salud mental;
 - plantéate la posibilidad de que existan enfermedades concomitantes (p. ej., un trastorno de ansiedad);
 - explora las causas fisiológicas, psicológicas y conductuales de los síntomas depresivos (incluidos los factores relacionados con la diabetes);
 - sigue con **ACONSEJA**.
- Una puntuación total en el PHQ-9 inferior a 10 no indica síntomas depresivos. Valora la presencia de otros problemas psicológicos (p. ej., distrés por la diabetes, síntomas agudos de ansiedad).

Nota 1: Para diagnosticar una depresión mayor debe realizarse una entrevista clínica (p. ej., un MF o un profesional de la salud mental). Ver **DERIVA**.

Nota 2: Es de vital importancia que evalúes su riesgo de suicidio si su puntuación total en el PHQ-9 es de 10 o más o si ha puntuado con un 1 o más el ítem 9 del PHQ-9.

ACONSEJA sobre los síntomas depresivos

- Explícale que sus respuestas al cuestionario indican que tiene síntomas depresivos; es posible que tenga una depresión mayor, cosa que habrá que confirmar con una entrevista clínica.
- Coméntale en qué consiste la depresión y cómo puede afectar a su vida en general y al manejo de la diabetes.
- Dile que la depresión es algo frecuente, tratable y que se puede manejar de forma eficaz.
- Indícale que tratar la depresión le puede ayudar a mejorar su vida en general y el manejo de la diabetes.
- Elaborad un plan conjunto sobre «los próximos pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir y el apoyo que pueda necesitar para ello).

AYUDA a desarrollar un plan de acción alcanzable

- Si se ha confirmado la presencia de una depresión leve o grave mediante una entrevista clínica, ayuda a la persona a:
 - tomar una decisión informada sobre el tratamiento más adecuado para ella sopesando los pros y los contras de cada opción;
 - establecer objetivos cuantificables para reducir los síntomas depresivos y adaptar su plan de manejo de la diabetes si es necesario;
 - identificar fuentes de asesoramiento y apoyo;
 - comenzar con el tratamiento que haya preferido (p. ej. derivándola a un especialista para que le ofrezca apoyo psicológico o recetándole medicación).

DERIVA a otro profesional de la salud

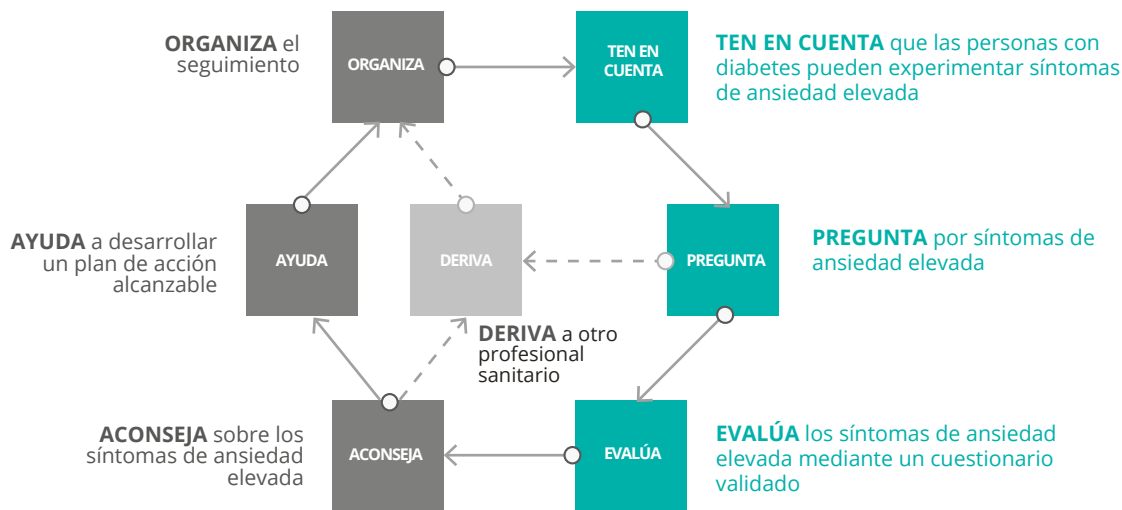
- Si no te sientes a gusto o con capacidad para **EVALUAR** o **AYUDAR**, derivala a un profesional sanitario pertinente.
- Mantén un contacto constante con el profesional sanitario al que la hayas derivado.

ORGANIZA el seguimiento

- Acuerda con la persona una cita de seguimiento para:
 - preguntarle por su evolución;
 - valorar si hace falta revisar el plan de acción.
- Prepárate para prestarle más apoyo en esta etapa (p. ej., a través de revisiones telefónicas o consultas prolongadas/más frecuentes).

Trastornos de ansiedad

El modelo de los "7 PASOS"



TEN EN CUENTA que las personas con diabetes pueden experimentar síntomas elevados de ansiedad

- Un trastorno de ansiedad es un problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por síntomas de ansiedad frecuentes, intensos y excesivos (durante un mínimo de seis meses).
- Busca signos: nerviosismo o preocupación frecuentes, intensos y excesivos, irritabilidad, inquietud, temblores, mareos, tensión muscular, trastornos del sueño o ataques de pánico.

PREGUNTA por los síntomas elevados de ansiedad

- Cuándo preguntar:
 - cuando la persona refiera síntomas o cuando hayas observado signos (ver **TEN EN CUENTA**)
 - cuando haya algún problema o adaptación importantes relacionados con la diabetes (p. ej., tras recibir el diagnóstico de la diabetes o de alguna complicación, tras una hospitalización o tras sufrir una hipoglucemia grave con pérdida de conciencia);
 - durante o después de acontecimientos vitales estresantes;
 - si la persona tiene antecedentes de trastorno(s) de ansiedad u otros problemas de salud mental.
 - según lo indicado por las guías de práctica clínica.
- Formúlele preguntas abiertas o adminístrale la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-2):
 - «En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse nervioso/a, ansioso/a o "de los nervios"?».
 - «En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado no ser capaz de controlar su preocupación ni de dejar de preocuparse?».
- Cada opción de respuesta se puntúa como sigue: «Ningún día» (0), «Varios días» (1), «Más de la mitad de los días» (2) y «Casi todos los días» (3). Para obtener la puntuación total, se suman los puntos de todas las respuestas.
- Si la puntuación total en el GAD-2 es:
 - 3 o más: comprueba si la persona ya ha sido diagnosticada o si está en tratamiento por un trastorno de ansiedad; si no es así, hay que realizar una evaluación adicional (ver **EVALÚA**);
 - inferior a 3 pero sospechas que hay un problema: considera la posibilidad de que la persona pueda tener distrés por la diabetes, depresión u otro problema psicológico.

EVALÚA los síntomas elevados de la ansiedad mediante un cuestionario validado

- Cuándo evaluar:
 - según lo indicado por las guías de práctica clínica;
 - si **TEN EN CUENTA** o **PREGUNTA** indica la presencia de síntomas agudos de ansiedad.
- Emplea un breve cuestionario validado, como la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7).
- Una puntuación total en el GAD-7 igual o superior a 10 indica la presencia de síntomas ansiosos de moderados a graves:
 - pregúntale por sus antecedentes de ansiedad y otros problemas de salud mental;
 - plantéate la posibilidad de que existan enfermedades concomitantes (p. ej., depresión);
 - explora las causas fisiológicas, psicológicas y conductuales de los síntomas agudos de ansiedad (incluidos los factores relacionados con la diabetes);
 - sigue con **ACONSEJA**.
- Una puntuación total en el GAD-7 inferior a 10 no indica síntomas agudos de ansiedad. Valora la presencia de otros problemas psicológicos (p. ej., distrés por diabetes, miedos específicos de la diabetes, depresión).

Nota 1: Para diagnosticar un trastorno de ansiedad debe realizarse una entrevista clínica (p. ej., un MF o un profesional de la salud mental). Ver DERIVA.

Nota 2: Si detectas que la persona presenta síntomas agudos de ansiedad, plantéate si es necesario evaluar su riesgo de suicidio.

ACONSEJA sobre los síntomas elevados de la ansiedad

- Explícale que sus respuestas al cuestionario indican que tiene síntomas agudos de ansiedad; es posible que tenga un trastorno de ansiedad, cosa que habrá que confirmar con una entrevista clínica.
- Explícale qué es un trastorno de ansiedad y cómo puede afectar a su vida en general y al manejo de la diabetes.
- Dile que los trastornos de ansiedad son frecuentes, tratables y que se pueden manejar de forma eficaz.
- Indícale que si el trastorno de ansiedad se trata la puede ayudar a mejorar su vida en general y el manejo de la diabetes.
- Elaborad un plan conjunto sobre «los próximos pasos» (p. ej., qué objetivos se han de conseguir y el apoyo que pueda necesitar para ello).

AYUDA a desarrollar un plan de acción alcanzable

- Si se ha confirmado la presencia de un trastorno de ansiedad mediante una entrevista clínica, ayuda a la persona a:
 - tomar una decisión informada sobre el tratamiento más adecuado para ella sopesando los pros y los contras de cada opción;
 - establecer objetivos cuantificables para reducir los síntomas ansiosos y adaptar su plan de manejo de la diabetes si es necesario;
 - identificar fuentes de asesoramiento y apoyo;
 - comenzar con el tratamiento que haya preferido (p. ej., derivándola a un especialista para que le ofrezca apoyo psicológico o recetándole medicación).

DERIVA a otro profesional sanitario

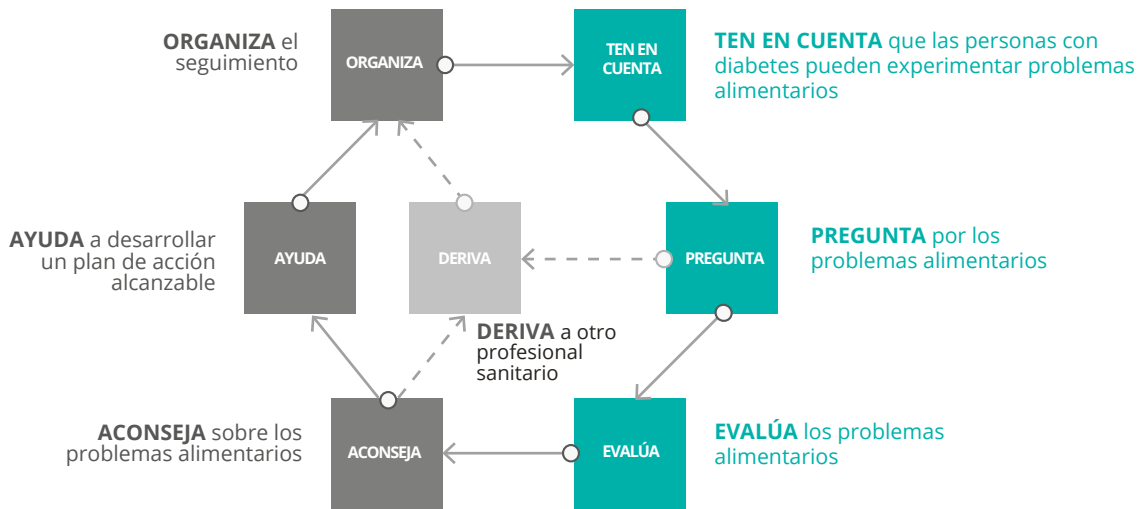
- Si no te sientes cómodo o capacitado para **EVALUAR** o **AYUDAR**, deriva a la persona a un profesional de salud mental pertinente.
- Mantén un contacto constante con el profesional sanitario al que la hayas derivado.

ORGANIZA el seguimiento

- Acuerda con la persona una cita de seguimiento para:
 - preguntarle por su evolución;
 - valorar si hace falta revisar el plan de acción.
- Prepárate para prestarle más apoyo en esta etapa (p. ej., a través de revisiones telefónicas o consultas prolongadas/más frecuentes).

Problemas de la conducta alimentaria

El modelo de los "7 PASOS"



TEN EN CUENTA que las personas con diabetes pueden experimentar problemas alimentarios

- Los problemas alimentarios se presentan en un continuo que va desde los síndromes completos de trastornos de la conducta alimentaria diagnosticables hasta alteraciones de la conducta alimentaria.
- Busca los signos: dietas frecuentes y restrictivas y actitudes problemáticas frente a la comida/alimentación, preocupación e insatisfacción con el peso/figura/talla, aumento o pérdida de peso sin causa aparente y otros signos físicos (p. ej., callos en las manos, problemas dentales), autoanálisis menos frecuentes (o nulos) de glucemia, omisión o restricción de la insulina/medicación, no acudir a las citas clínicas, cetoacidosis diabética recurrente, fluctuación errática de los niveles de glucemia, cambio pronunciado en los niveles de HbA1c (signo de debut de un trastorno alimentario agudo y, a menudo, de omisión de la insulina), niveles de HbA1c muy altos o muy bajos (en el caso de restricción alimentaria mientras se sigue administrando insulina) y preocupaciones manifestadas por otras personas.

PREGUNTA por los patrones alimentarios y la imagen corporal

- Cuándo preguntar:
 - cuando la persona te comente algún problema o preocupación o cuando hayas observado signos (ver **TEN EN CUENTA**).
- Formúlele preguntas abiertas para hablar de los hábitos alimentarios, el peso y la imagen corporal, como, p. ej.:
 - «A veces, las personas con diabetes se preocupan mucho por su peso o su figura. ¿Cómo se siente con respecto a su peso o su figura?».
 - «¿Podría hablarme un poco más de esos recientes cambios en sus patrones alimentarios?».
- A continuación, pregúntale directamente por la restricción/omisión de insulina sin emitir juicios de valor:
 - «A algunas personas con diabetes les resulta difícil seguir el ritmo de sus inyecciones/bolos de insulina. ¿Cómo se siente usted al respecto?».
 - «Algunas personas omiten o se saltan sus inyecciones/bolos de insulina para controlar el peso. ¿Alguna vez se ajusta la dosis de insulina con ese fin?», «¿Con qué frecuencia lo hace?».
- O puedes emplear el mSCOFF.
- Si la persona refiere un problema durante la conversación o responde afirmativamente a uno o más de los ítems del mSCOFF, hay que realizar una evaluación adicional (ver **EVALÚA**).

EVALÚA los problemas alimentarios

- Cuándo evaluar: si **TEN EN CUENTA** o **PREGUNTA** indica la presencia de un posible problema alimentario.
- Para diagnosticar el tipo y la gravedad del problema alimentario es necesario realizar una evaluación clínica exhaustiva, lo cual incluye tanto una entrevista clínica como una exploración clínica. Si esto no entra dentro de tus competencias, deberás derivarla a un profesional de la salud especialista en trastornos de la conducta alimentaria (ver **DERIVA**).

ACONSEJA sobre los problemas alimentarios

- Explícale que vuestra conversación anterior (o su puntuación en el mSCOFF) indica que podría tener un problema alimentario, por lo que sería necesario realizar una evaluación adicional junto con una entrevista clínica.
- Explícale qué es una alteración de la conducta alimentaria y en qué se diferencia de un trastorno de la conducta alimentaria.
- Coméntale que los problemas alimentarios que se dejan sin tratar pueden tener una gran repercusión en su vida, pero también en el manejo de la diabetes y los resultados de la diabetes actuales y futuros.
- Dile que los problemas alimentarios son tratables y que se pueden manejar de forma eficaz.
- Indícale que si el problema alimentario se trata la puede ayudar a mejorar su vida en general y el manejo de la diabetes.

AYUDA a desarrollar un plan de acción alcanzable

- Infórmala sobre el problema alimentario concreto que has detectado.
- Explícale las opciones de tratamiento/terapia que tiene a su disposición.
- Ayúdala a recibir apoyo y tratamiento.
- Explícale que es necesario adoptar un enfoque colaborativo y quiénes formarán parte del equipo multidisciplinar y sus funciones.
- Acordad un plan de acción y unos objetivos alcanzables.
- Asegúrate de que la persona se siente cómoda con este enfoque.

DERIVA a otro profesional sanitario

- Si la persona corre un peligro inminente: derivala al hospital.
- En caso contrario, si su problema no entra dentro de tus competencias, derivala a su centro de salud mental de referencia para que sea valorada.
- Mantén contacto con el profesional sanitario o servicio al que la hayas derivado.

ORGANIZA el seguimiento

- Si formas parte del equipo multidisciplinar: sigue controlando la evolución de la persona (p. ej., haciéndole analíticas, vigilando posibles complicaciones de la diabetes). Los tratamientos médicos, los planes dietéticos y los objetivos de su manejo de la diabetes deberán ajustarse con regularidad a lo largo de todo el tratamiento.
- Si no formas parte del equipo multidisciplinar: pregúntale en cada consulta por su evolución (p. ej., si ha seguido el tratamiento acordado).
- Disponte a prestarle más apoyo en esta etapa (p. ej., a través de revisiones telefónicas o consultas prolongadas/más frecuentes).



Términos y definiciones

Términos y definiciones

Término o expresión	Significado
Acumulación de insulina	Inyectarse insulina demasiado pronto tras la dosis anterior, dando lugar a una cantidad excesiva de insulina activa en el organismo («demasiada insulina en el cuerpo») y a un mayor riesgo de que se produzca una hipoglucemia.
Adaptación	El proceso de acostumbrarse o ajustarse a una nueva situación.
Alfabetización en salud	La capacidad de obtener, comprender y aplicar la información relacionada con la salud y de desenvolverse en el sistema sanitario para poder tomar decisiones adecuadas en materia de salud.
Alimentación emocional (o comer emocional)	Tipo de conducta alimentaria alterada que se produce en respuesta a estados emocionales negativos, como la ansiedad, el estrés y el aburrimiento, por el que la persona come para reprimir o aliviar temporalmente los sentimientos displacenteros.
Alimentación externa (o comer externo)	Comer en respuesta a señales relacionadas con la comida, como ver, oler o saborear la comida.
Alimentación restrictiva o comer restrictivo	Restringir la ingesta de alimentos o evitar ciertos alimentos, tipos de alimentos o ingredientes; parecido a hacer dieta, con el propósito de perder o mantener el peso.
Alteraciones de la Conductas alimentaria	Amplio conjunto de conductas alimentarias poco saludables (p. ej., llevar una dieta demasiado restrictiva, comer de manera compulsiva, saltarse comidas) y alteraciones emocionales asociadas (p. ej., vergüenza, culpa, sensación de falta de control). Muchos de estos síntomas son comunes a los trastornos alimentarios diagnosticables, pero su gravedad o frecuencia es insuficiente para cumplir todos los criterios diagnósticos.
Ansiedad	La anticipación de una amenaza futura, ya sea percibida o real. Está asociada a miedo, al estado de alerta y a conductas de evitación.

Término o expresión	Significado
Ansiedad estado	Experimentar sentimientos desagradables en respuesta a una amenaza percibida o a situaciones, exigencias o acontecimientos concretos y negativos. Cuando la amenaza desaparece, la persona deja de sentir ansiedad. Es diferente a la «ansiedad rasgo».
Ansiedad rasgo	Disposición relativamente duradera o tendencia estable a sentir estrés, preocupación e inquietud. Las personas con una ansiedad rasgo elevada experimentan niveles de ansiedad estado más intensos que las que no tienen ansiedad rasgo. Es una característica de la personalidad y no un sentimiento temporal. Es diferente a la «ansiedad estado».
Apoyo entre iguales	Sistema de dar y recibir ayuda entre personas con experiencias similares (p. ej., vivir con la diabetes). Puede implicar compartir conocimientos y experiencias sobre el manejo diario de la enfermedad, el apoyo social y emocional y sus vínculos con la atención clínica y los recursos comunitarios. El apoyo entre iguales puede adoptar muchas formas: llamadas telefónicas, mensajes de texto, reuniones en grupo, visitas a domicilio, foros online, etc.
Ataque de pánico	Incremento súbito e intenso de miedo provocado por un desencadenante externo o interno y que va acompañado de diversos síntomas ansiosos, como aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones, falta de aliento, mareos, sudoración y temblores.
Atención colaborativa (o enfoque multidisciplinar)	Varios profesionales (de distintas disciplinas y entornos) que ofrecen una atención sanitaria integral trabajando con los pacientes, sus familiares, cuidadores y la comunidad en sí. En la práctica, incluye trabajo tanto clínico como no clínico relacionado con la salud, como diagnósticos, tratamientos, vigilancia, comunicación sanitaria, gestión y servicios de apoyo.
Atracón	Ingerir una gran cantidad de comida en un periodo de tiempo relativamente corto (p. ej., en dos horas) y tener una sensación de pérdida de control mientras se come (p. ej., sentirse incapaz de dejar de comer).
Autoeficacia	La creencia o confianza de una persona en su capacidad para tener éxito en situaciones concretas o para llevar a buen fin una tarea, para tener el control de su propia motivación, su comportamiento y su entorno social. Las personas con baja autoeficacia carecen de dicha confianza y no creen en sí mismas.
Autoestima	Evaluación emocional subjetiva de una persona sobre su propia valía.
Autolesiones	Lesión infligida a uno/a mismo/a de forma deliberada, normalmente como manifestación de un problema de salud mental, pero sin intenciones suicidas. Comportamiento desadaptativo con el que se intenta afrontar sentimientos difíciles o dolorosos.
Balance decisional	Técnica de resolución de problemas que permite a una persona trabajar sobre sus pensamientos ambivalentes para tomar una decisión informada (tiene sus orígenes en la entrevista motivacional).
Barreras psicológicas para la administración de insulina (o resistencia psicológica a la insulina o valoraciones negativas de la insulina)	Los pensamientos o sentimientos negativos que las personas con diabetes pueden experimentar a la hora de empezar el tratamiento con insulina, administrarla o a intensificar su uso.
Bienestar (emocional o psicológico)	El estado de sentirse cómodo, sano o feliz; término general que designa el estado mental de una persona. Un alto nivel de bienestar supone que, en cierto sentido, la experiencia personal es positiva, mientras que un bajo nivel de bienestar está asociado a sucesos negativos.
Burnout por la diabetes	Estado de agotamiento físico o emocional provocado por un grave y prolongado distrés por la diabetes.

Término o expresión	Significado
Calidad de vida	La satisfacción (o insatisfacción) subjetiva con los aspectos de la vida que la persona considera importantes (p. ej., la familia, las amistades, el trabajo, las aficiones, las vacaciones, el dinero).
Cetoacidosis diabética	Problema de salud potencialmente mortal derivado de la falta de insulina (por omisión intencionada o no). Sin insulina el organismo no puede utilizar la glucosa como fuente de energía, por lo que quema la grasa como fuente de energía alternativa, produciendo acetonas. Su acumulación es tóxica para el organismo (acidosis). La cetoacidosis diabética también puede estar presente cuando se diagnostica la diabetes tipo 1 (y, ocasionalmente, la diabetes tipo 2) o producirse durante una enfermedad o infección ante una falta de insulina en el organismo.
Conductas compensatorias	Acto deliberado llevado a cabo para intentar «deshacer» otro comportamiento (p. ej., provocarse el vómito para contrarrestar las calorías consumidas) o para contrarrestar una experiencia negativa (p. ej., administrarse muy poca insulina para evitar una hipoglucemia).
Conductas/estrategias de evitación	Patrón de huida ante situaciones que generan miedo o ansiedad.
Cribado	Evaluación sistemática que se realiza para detectar riesgos o problemas (empleando, p. ej., cuestionarios validados para identificar problemas específicos de salud emocional o mental).
Cuestionario validado	Cuestionario que ha sido diseñado rigurosamente y que ha sido sometido a análisis psicométricos para garantizar que mide eficazmente el tema investigado (p. ej., la depresión) dentro de la población investigada (p. ej., personas con diabetes). Los análisis psicométricos suelen ser de «fiabilidad» (la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes), «validez» (la capacidad de producir resultados verdaderos), «sensibilidad» (la capacidad de clasificar correctamente a una persona) y «sensibilidad al cambio» (la capacidad del instrumento de detectar cambios, p. ej. tras el tratamiento). Los cuestionarios «no validados» pueden estar sujetos a errores de medición, por lo que las conclusiones que se extraigan de ellos pueden ser también erróneas. Los cuestionarios validados no se deben modificar sin la autorización de sus creadores, ya que esto también puede introducir errores.
Depresión (o trastorno depresivo o depresión mayor)	Problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por un constante (mínimo de dos semanas) estado de ánimo bajo y falta de interés y placer en las actividades habituales, además de otros síntomas, como cambios significativos de peso y de patrones del sueño, falta de energía, dificultad para concentrarse, sensación de inutilidad o culpabilidad o ideación suicida.
Depresión menor (o leve, subumbral o subclínica)	Se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos cuya gravedad o frecuencia es insuficiente para cumplir todos los criterios diagnósticos de la depresión mayor.
Desensibilización	Disminución de la capacidad de respuesta emocional a un estímulo tras una exposición repetida al mismo. Técnica conductual que se suele emplear para tratar las fobias y los trastornos de ansiedad.
Deterioro cognitivo	Cuando una persona tiene problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse o tomar decisiones que atañen a su vida diaria.

Término o expresión	Significado
Distrés por la diabetes	La carga emocional de vivir con la diabetes y manejarla, incluidos los problemas relacionados con los incesantes autocuidados que exige la enfermedad, las preocupaciones sobre el futuro, la culpa, la ansiedad o la frustración y los problemas interpersonales (p. ej., con profesionales de la salud o allegados).
Empatía	La capacidad de comprender y transmitir los sentimientos, pensamientos o actitudes de otra persona.
Empoderamiento	Tomar conciencia de las propias capacidades y el propio potencial. La filosofía y la práctica de compartir información, habilidades y oportunidades para que otra persona descubra y desarrolle su capacidad para responsabilizarse de su propia salud y que esto repercuta en su implicación, competencia y satisfacción. En el caso de la diabetes, se define como un enfoque colaborativo centrado en la persona y adaptado a las realidades del cuidado de la diabetes (es decir, que la persona se responsabilice de sus propios resultados y aprenda a vivir con las consecuencias de sus decisiones).
Enfoque/atención/cuidado centrados en la persona	Enfoque no directivo que sitúa a la persona en el centro de las decisiones relacionadas con su vida y que le afectan a ella. Enfoque que considera a la persona como individuo, respetando sus derechos, prioridades y preferencias, que cree en su potencial y en su capacidad para tomar las decisiones más adecuadas para sí misma, independientemente de los propios valores, creencias e ideas del profesional de salud.
Entrevista clínica	Conversación estructurada durante la que el profesional sanitario recopila información valiosa de la persona (observaciones sobre su comportamiento, rasgos idiosincrásicos de la persona, la naturaleza e historia del problema y los síntomas que refiere) para emitir un diagnóstico preciso.
Entrevista motivacional	Técnica de asesoramiento psicológico orientada a la consecución de objetivos para generar un cambio de comportamiento ayudando a las personas a explorar y resolver su ambivalencia ante el cambio.
Episodio traumático de hipoglucemia	Episodio de hipoglucemia (niveles bajos de glucosa en sangre) que suele complicarse cuando va acompañado de pérdida de conciencia u hospitalización, lesiones (ocasionadas a uno mismo o a los demás) o que se da durante el sueño, dejando a menudo a la persona con un miedo residual a la hipoglucemia o sintiéndose avergonzada o vulnerable.
Escucha activa	Habilidad o técnica de comunicación en la que se presta atención consciente a lo que se está diciendo, mostrando interés y comprensión. Esto incluye parafrasear con las propias palabras lo que la otra persona ha dicho para confirmar la comprensión mutua.
Estigma	Marca de descrédito que señala a una persona entre las demás. Fuerte sentimiento de rechazo hacia un objeto, una persona o un colectivo basado en una característica compartida (a menudo, un estereotipo), que puede dar lugar o no a actos negativos, trato injusto y discriminación.
Estilo comunicativo abierto, empático	Tipo de interacción en la que todas las partes pueden intercambiar y expresar activamente sus ideas. Las preguntas suelen fomentar respuestas completas y descriptivas porque la persona que las formula tiene un interés real en comprender las experiencias o la perspectiva de la otra persona.

Término o expresión	Significado
Estilo comunicativo direccional, cerrado	Tipo de comunicación en la que la persona se comunica activamente y apenas solicita comentarios o aportaciones de la otra persona, por lo que rara vez anima a expresar emociones o a dar detalles. Las preguntas suelen fomentar respuestas monosilábicas (de tipo sí/no).
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	Intentos de hacer frente a un estresor que resultan ineficaces o que solo suponen un alivio temporal y que no restan intensidad a dicho estresor, p. ej. comer emocional o beber alcohol para «olvidar» un problema, pero la situación sigue generando estrés porque no se ha resuelto.
Formación en resolución de problemas	Método que se emplea para aumentar las capacidades adaptativas de una persona como medio para resolver y/o afrontar más eficazmente situaciones o problemas estresantes.
Hipoglucemia desapercibida	Disminución de la capacidad para percibir el inicio de una hipoglucemia, lo cual se debe a que la intensidad de los síntomas ha ido disminuyendo, a que el perfil de los síntomas ha ido cambiando o a ambas cosas. Complicación adquirida asociada a una mayor duración del tratamiento con insulina y la frecuencia e intensidad de hipoglucemias sufridas.
Ideación/pensamientos suicidas	Pensamientos de suicidio, que van desde pensamientos pasajeros, pasando por la preocupación y los pensamientos frecuentes, hasta la planificación detallada del suicidio y los intentos de suicidio inconclusos.
Imagen corporal	Lo que una persona siente y piensa en cuanto a su aspecto, incluida la forma en la que cree que los demás la perciben.
Insatisfacción corporal	Percepción negativa del peso y la figura corporal y sentimientos negativos derivados de dicha percepción.
Intervención psicoeducativa	Enfoque que combina tanto educación como principios o actividades de carácter psicológico (como el asesoramiento psicológico o la entrevista motivacional). Se suele utilizar con personas cuyo problema va más allá de no poseer conocimientos o habilidades, sino que está más arraigado en sus actitudes y creencias.
Manejo del estrés	Amplio abanico de técnicas y psicoterapias que se emplean para manejar el nivel de estrés de una persona, especialmente el estrés crónico, con el fin de mejorar el funcionamiento diario.
Manejo del miedo	Método empleado para reducir las emociones negativas y la activación fisiológica que provoca el miedo y para cambiar las creencias poco útiles, reducir los miedos innecesarios y promover mecanismos positivos de afrontamiento.
Miedo a la hipoglucemia	Preocupación o ansiedad desajustadas o excesivas ante niveles bajos de glucosa en sangre y sus consecuencias; este miedo específico está provocado por el riesgo que tiene la persona de sufrir una hipoglucemia o por el hecho de haberla sufrido, pero no tiene por qué estar relacionado con la frecuencia o la gravedad de una hipoglucemia actual.
Miedos específicos de la diabetes	Respuesta emocional a las amenazas reales o percibidas y específicas de la diabetes, a menudo asociadas a las reacciones de «lucha o huida» (p. ej., el miedo a la hipoglucemia, a la hiperglucemia, a las complicaciones relacionadas con la diabetes y a las inyecciones/aguja).

Término o expresión	Significado
Monitoring (seguimiento)	Observar y comprobar la evolución de la persona durante un período de tiempo determinado llevando un control periódico (p. ej., de su salud emocional/mental y su bienestar). Normalmente se emplean preguntas abiertas y/o cuestionarios validados.
Neuroglucopenia (síntomas neuroglucopénicos)	Déficit de glucosa en el cerebro, generalmente debido a una hipoglucemia (bajo nivel de glucosa en sangre). Entre los síntomas de la neuroglucopenia se encuentran la confusión, la dificultad para concentrarse, la debilidad, el cansancio o los mareos, la visión borrosa y conductas inapropiadas (que a veces se confunden con embriaguez).
Neuroticismo	Rasgo de la personalidad caracterizado por la ansiedad, el miedo, el mal humor, la preocupación, la envidia, la frustración y la sensación de soledad.
Normalización/normalizar	Proceso por el que el profesional sanitario ayuda a la persona a ver su experiencia como algo corriente, «natural» o «humano».
Parafrasear	Expresar el significado de lo que alguien ha escrito o dicho utilizando tus propias palabras para aportar claridad.
Perfeccionismo	Rasgo de la personalidad que se caracteriza por la búsqueda de la perfección y por rechazar cualquier otra cosa que no sea la excelencia; va acompañado de autoevaluaciones excesivamente críticas y de preocupación por las evaluaciones de los demás.
Resiliencia	La habilidad/capacidad de una persona para adaptarse o recuperarse rápidamente del estrés o la adversidad.
Rol de enfermo	Patrón de comportamiento o papel culturalmente aceptado que se le permite a una persona cuando está enferma o discapacitada. El rol social de estar enfermo o tener una enfermedad crónica. Asumir «el rol de enfermo» cambia las expectativas y comportamientos de los demás hacia la persona, se le exige de determinadas responsabilidades sociales y no se le considera responsable de su problema de salud.
Salud emocional	Estado de afecto positivo o de bienestar; capacidad de comprender, expresar y responder adecuadamente a las emociones (sin dejarse abrumar por ellas).
Salud mental	Estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que la persona es capaz de desarrollar su propio potencial, afrontar los estresores normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la sociedad.
Síntomas depresivos	Conjunto de síntomas compartidos con la depresión mayor diagnosticable (p. ej., cambios significativos de peso y en los patrones de sueño, falta de energía, dificultad para concentrarse, sensación de inutilidad o culpabilidad o ideación suicida), pero cuya gravedad o frecuencia es insuficiente para cumplir todos los criterios diagnósticos.
Terapia basada en la exposición	Tipo específico de terapia cognitivoconductual diseñada para ayudar a las personas a enfrentarse a sus miedos exponiéndolas a los objetos, actividades o situaciones temidas en un entorno seguro. Ayuda a la persona a romper el patrón de evitación y miedo y a gestionar sus emociones. Suele emplearse para tratar el trastorno de estrés postraumático y las fobias.

Término o expresión	Significado
Terapia breve centrada en soluciones	Tipo de terapia orientada a la consecución de objetivos y que se centra en las soluciones más que en los síntomas o problemas que llevaron a la persona a hacer terapia.
Terapia cognitivoconductual mejorada (TCCM)	Tipo de psicoterapia que tiene como objetivo identificar y cambiar los pensamientos y comportamientos inadecuados, se emplea para tratar diversos problemas emocionales y conductuales o trastornos mentales. La TCC mejorada (Enhanced) es una versión modificada de la TCC que sirve para tratar los trastornos de la conducta alimentaria.
Terapia interpersonal (TIP)	Tipo de psicoterapia que se ocupa del «contexto interpersonal», es decir, de los factores relacionales que predisponen, precipitan y perpetúan el estrés; el objetivo es ayudar a la persona a mejorar sus relaciones o a cambiar sus expectativas al respecto.
Trastorno de ansiedad (o ansiedad clínica)	Problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por síntomas de ansiedad frecuentes, intensos y excesivos que suelen darse durante un mínimo de seis meses y que interfieren en la capacidad de funcionamiento de la persona, causándole un malestar considerable.
Trastorno de ansiedad generalizada	Problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por una preocupación constante, excesiva o desproporcionada por una serie de acontecimientos o actividades, que es difícil de controlar y es de larga duración (mínimo seis meses) y que va acompañada de síntomas como inquietud, fatiga, trastornos del sueño, irritabilidad, tensión muscular y dificultad para concentrarse.
Trastorno de ansiedad social	Problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por un miedo intenso y excesivo a ser juzgado por los demás, lo que hace que la persona evite las situaciones sociales.
Trastorno de estrés postraumático	Problema de salud mental diagnosticable caracterizado por un estrés psicológico constante que se produce como consecuencia de una lesión o un trauma grave y que suele conllevar una alteración del sueño y un recuerdo vívido y continuo o frecuente de la experiencia, interfiriendo en la capacidad de la persona para seguir con su vida diaria, sus actividades y sus relaciones.
Trastorno de la conducta alimentaria	Problema de salud mental diagnosticable, caracterizado por la preocupación por la comida, el peso y la forma del cuerpo, que da lugar a conductas alimentarias alteradas con o sin conductas alteradas de control de peso (p. ej., restricción de alimentos, ejercicio excesivo, vómitos, uso inadecuado de medicamentos).
Trastorno de pánico	Problema de salud mental diagnosticado clínicamente que se caracteriza por ataques de pánico recurrentes, impredecibles e intensos.
Trastorno fóbico específico	Problema de salud mental diagnosticable que se caracteriza por un intenso miedo irracional a determinados objetos o situaciones cotidianas (p. ej., fobia a las arañas, a las inyecciones o a la sangre).
Validación (de los sentimientos)	«Normalización». Reconocer que los sentimientos de la persona son importantes o apropiados. Técnica que ayuda a la persona a sentir que te preocupas por ella y la comprendes



SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIABETES

Con la colaboración de

