



## **PSYCHOLOGY AND DIABETES CARE: A PRACTICAL GUIDE**

**Katharine D. Barnard y Cathy E. Lloyd**  
**Springer, Londres, 2012**

Calificada por algunos medios como “la epidemia del siglo XXI”, la diabetes afecta aproximadamente a 285 millones de personas en todo el mundo, y se estima que supere los 435 millones antes del año 2030. Favorecida por la obesidad y el asentamiento de nuevos ritmos de vida (laborales, lúdicos) de carácter sedentario, esta dolencia, que consiste en un defecto hormonal en la secreción o la acción de la insulina y que repercute en los niveles de glucosa en sangre, se encuentra de plena actualidad.

*Psychology and Diabetes Care: A Practical Guide* (2012) podría parecer arribista dada la coyuntura presente; sin embargo, se descubre como un útil manual atinente e informativo, gracias al prisma psíquico desde el que aborda el diagnóstico y el curso de la diabetes. Tratando de equilibrar investigaciones recientes, teorías psicológicas y múltiples ejemplos pragmáticos, el libro se divide para ello en unidades temáticas que aglutinan una enorme casuística (desde las minorías étnicas hasta la tercera edad), compartiendo el eje común de que esta enfermedad demanda un drástico ajuste psicológico que permita la adaptación del afectado, y con ello, se obtenga el mayor nivel de calidad de vida posible.

Bowes y cols. (2009) inciden en la trascendencia que cobra la Psicología ante esta dolencia: en primer lugar, por la falta de cura, que implica superar la angustia de saber que los inconvenientes derivados van a ser atemporales, y que consideran el mayor impacto a nivel anímico; segundo, por la preocupación que se despierta sobre la propia salud y el transcurso de la enfermedad; en tercer lugar, por los cambios que se han de introducir en todos los ámbitos, desde rutinas horarias para los controles, a nuevas dietas alimenticias; y, por último, el desafío emocional diario que comporta perseverar en dicha monotonía.

Queda patente, pues, que no es un reto fácil de asumir. Ello hace que la diabetes obtenga una elevadísima responsabilidad como desencadenante de otras patologías, siendo la comorbilidad con la depresión la más notoria (Lloyd y cols., 2010). Este desorden clínico que requiere atención médica afecta a 121 millones de personas, y reúne un conjunto de síntomas entre los que destacan las ideas recurrentes de muerte y/o suicidio, la pérdida extrema de energía, sentimientos de culpa e insomnio. La fuerte carga emocional que se genera en el sujeto al convivir con la enfermedad, se dibuja como el origen de la citada comorbilidad (Anderson, 2001). Es, por tanto, imprescindible vigilar los principales factores de riesgo de la depresión (género femenino, estado de soledad, hecho traumático cercano en el tiempo, complicaciones recientes de salud) para prevenirla, pues sus efectos incapacitantes complican dramáticamente el rumbo de la diabetes (falta de interés en el propio bienestar, enajenación ante los avisos corporales, desorganización sobre medicamentos, etc).

Además, el manual advierte de los peligros de confundir la depresión con el síndrome de *burnout*, que es una mala gestión de las emociones caracterizada por sentimientos de desesperación y frustración, creándose en el individuo una noción de que se está al límite y sobrepasado. Igualmente, la desgana y los sentimientos negativos hacia sí mismo (Polonsky y cols., 1995) le ubican en una posición próxima a la depresión, pero sólo en las formas, y es tarea averiguarlo por parte del equipo médico, el núcleo del séptimo capítulo.

En este último apartado, Greaves y cols. (2010) resaltan que la labor que le concierne al equipo facultativo ha de restringirse a tareas de diagnóstico, asesoramiento, seguimiento y con carácter pedagógico, instructivo e ilustrativo, evitando conductas paternalistas en las que se establezca una dependencia por parte del diabético. Estos mismos autores apuntalan que la manera de impulsar la diligencia acertada de la enfermedad es dotar de autonomía al sujeto, lo que se consigue a través de la confección conjunta de un plan de actuación, libre de fisuras y con soluciones alternativas a las que recurrir una vez que se presenten obstáculos.

Este plan irá encaminado a la consecución de unos objetivos libremente delimitados por el diabético, después de evaluar con el profesional los recursos disponibles (materiales y afectivos). Esta disposición esquematiza al paciente como protagonista de su propia historia, y para Anderson y Funnell (2001) es la única forma en que se concibe una relación fructuosa entre médico y enfermo crónico, pues estiman que el 98% del tiempo no hay supervisión terapéutica; si a esto se agrega lo difuminada que se encuentra la diabetes con la vida cotidiana del afectado, se limita aún más el margen de maniobra del profesional.

Habida cuenta de lo expuesto y de que, en definitiva, son las acciones y decisiones del individuo las que recaen directamente sobre su salud, trabajar la autonomía y la motivación se postula como la clave del éxito para afrontar la diabetes, y en esta dirección, se cataloga unánimemente el modelo de *empowerment* como el más acertado. Anderson

y Funnell (2001) explican que este paradigma es sencillamente la toma de conciencia de que hay que fijar prioridades, lo cual conlleva sopesar las opciones para garantizar que la elección que se realice es la adecuada. Así, el modelo de *empowerment* enlaza con lo desarrollado en varios de los capítulos, al conectar al equipo médico (como asesor y emisor de prácticas positivas contrastadas por su bagaje profesional) con la motivación, la verdadera artífice de poner en marcha todo el engranaje encarrilado al cambio.

Estar motivado para una revolución vital plagada de inconvenientes, es un duro proceso psicológico que sólo llega a buen puerto desde la convicción. Leventhal y cols. (1992) afirman que un compromiso íntimo como el del paciente consigo mismo, es más difícil de quebrar porque se sostiene en las creencias, y éstas se habrán dispuesto a favor del cambio cuando un recuento de pros y contras haya inclinado la balanza hacia el "sí".

Lazarus y Folkman (1984) defienden que todo se presta a un análisis del que se inferirán connotaciones positivas o negativas, y sobre las que se miden las capacidades actuales del sujeto para acometer ese veredicto, pudiéndose optar por la evasión (o el rechazo) si se percibe en desventaja. El equipo médico, a través de la información y la experiencia, inculcará credulidad en las posibilidades propias; los recursos emocionales y materiales accesibles cooperarán como punto de ayuda.

Pero el paso final de sobreponerse a las adversidades y confiar en que puede lidiar con ellas, recae exclusivamente en el individuo; esto puede solventarse, según estudios como los de Cadman y cols. (1991), mediante la confrontación directa con resultados positivos. Transmitir al paciente que, si introduce determinados cambios ganará en calidad de vida, a través de casos gráficos y documentación, le encauzará hacia la modificación de creencias, pues se aferrará a evidencias que certifican que esa metamorfosis repercute en beneficios personales tangibles de los que también querría participar.

Ciertos estudios como los de Prochaska y cols. (1992) proponen el *modelo de fases modificadoras* como el idóneo para suscitar la motivación, y se sustenta en que el sujeto pasará de un ciclo a otro en base a la autoexploración. La evolución comprenderá: la preconsideración (sin indicios de malestar, con una infravaloración de la dolencia); la consideración (reconocimiento de comportamientos erróneos que van en su propio detrimento); preparación (diminutos avances encarrilados al cambio); la acción (primeros pasos efectuados y noción de beneficios); mantenimiento (prevención de recaídas); prescripción (consumación del cambio). El periodo final implica una comparación respecto del estado original, instaurando la motivación al querer seguir disfrutando de los logros conseguidos.

Pese a gozar de cierto prestigio, el *modelo de fases modificadoras* no ha obtenido el beneplácito de toda la comunidad de expertos, al criticársele su incapacidad para dictaminar el punto exacto en el que se sitúa el sujeto, por lo que la *entrevista motivacional* (grupal o particular) se ha constituido como el método más eficaz y respaldado a la hora de inyectar nuevos patrones conductuales (Rollnick y cols., 1999). Grosso modo,

este diálogo busca ahondar en las dudas, preocupaciones infundadas y falsas creencias del paciente, para ser rebatidas por el profesional una a una; la eliminación de prejuicios y temores extingue barreras psicológicas y construye conocimientos sólidos sobre los que estimularse.

Además, la entrevista dejará manifiesto que el enfoque que tenga el sujeto de su dolencia marcará el devenir de la misma (Idler y Benyamini, 1997), transmitiendo desde el principio que lleva las riendas de lo que acontezca. De igual modo, se abordarán aquellos aspectos que el individuo se ve con más posibilidades de afrontar y cuáles totalmente incapaz, para establecer un plan de actuación donde los puntos fuertes sean la base por la que empezar.

La entrevista debe concluir con la reflexión del paciente; analizada exhaustivamente su coyuntura, elegirá de manera independiente, como apuntábamos antes, el primer paso a dar. El facultativo orientará y sugerirá (pero nunca impondrá) como primera meta aquella más accesible, pues la motivación se erige sobre los triunfos conseguidos (Littell y Girvin, 2002) y estos prorrogan la línea de trabajo. El objetivo final del tratamiento de toda enfermedad crónica pasa por transformar el cambio en hábito y eso sólo puede alcanzarse con la motivación (Greaves y cols., 2010). Como indicábamos, el equipo médico tiene gran peso en este procedimiento, pues le corresponden funciones de feedback, seguimiento, exposición de casos prácticos ante las dificultades, revisión del plan de actuación, etc.

Los objetivos deben ir de uno en uno, para evitar situaciones de estrés que compliquen la gobernabilidad de las emociones, y también en complejidad creciente, con el fin de transmitir la sensación de que aumenta el control. Los fracasos y las metas no conseguidas jamás deben valorarse como derrotas, sino como una oportunidad de aprender más acerca de uno mismo; ante el desbarato del afectado, es recomendable recordar que la meta siguiente tiene más ventajas que inconvenientes. Un enfoque positivo, imprescindible en las enfermedades crónicas, considera que es tan importante alcanzar una finalidad como intentarlo (Prochaska y cols., 1992). Son muy valiosos los refuerzos positivos de las partes implicadas que reconozcan ese afán de superación; hay que inspirar al paciente que el fracaso no existe si hay detrás esfuerzo y sacrificio.

De igual modo, también es muy efectiva la reconstrucción del proceso que paso a paso ha desembocado en error, para detenerse en el momento en que se tuerce la conducta (por ejemplo, saltarse la dieta); se analizarán los desencadenantes, los estímulos y aquellos factores adversos que impiden la ejecución del comportamiento adecuado, para elaborar al unísono alternativas e instaurar el cauce idóneo con el que conseguir el propósito fijado.

En pos del mantenimiento de la motivación, el libro también recoge por su utilidad: *el feedback a la inversa* (donde el profesional informa de cuáles están siendo los avances, priorizando esto sobre los puntos en los que no percibe progresos); el estudio de

experiencias previas de modificación de conducta en el diabético que han culminado con éxito, para asentar el cambio (por ejemplo, haber dejado de fumar o superado una asignatura que se resistía); el *aprendizaje activo*, que se conoce como *Ask-Tell-Discuss* ("pregunte-hable-delibere") y que consiste en la exposición de conocimientos sobre la temática a tratar por parte del cliente, para aumentar o corregirle la información descrita, concluyendo la mesa redonda redirigiéndose al individuo y haciéndole cuestiones sobre lo debatido.

El manual también resalta, lógicamente, el rol del entorno más allá de los especialistas que facilitarán, por otro lado, el contacto entre grupos de pacientes, para que la identificación de unos con otros fomente una nueva red de apoyo. Sus aportaciones pueden enriquecer las destrezas del diabético a través de recomendaciones de webs, asociaciones o libros (apoyo informativo), o colaborar en la gestión de sus recursos, optimizándola (apoyo material). Separar diferentes contextos (familia, médicos, amigos, otros pacientes) dentro de una única realidad, que trabajen coordinadamente sobre la persona y no sobre la enfermedad, potencia las estrategias de afrontamiento, que avalan la adaptación cuando las condiciones son antagónicas (Folkman y Moskowitz, 2000).

El entorno se vuelve particularmente estimable cuando el sujeto es reacio a la terapia psicológica, ya que juzga que le hace más anormal. El núcleo íntimo del enfermo, en cualquiera de los casos, es el escenario donde podrá desarrollar sus habilidades y estrategias de automotivación, autorregulación y afrontamiento; ya que la vida de cualquier individuo está expuesta a continuos cambios inesperados, la diabetes también al estar presente en ella tan estrechamente, con lo que es esencial un contexto privado de naturaleza estable que coopere en la permanente renovación de las aptitudes autónomas (George y cols., 1999).

Entre las atribuciones del apoyo social, destacan el interés en los progresos, los refuerzos positivos, la orientación ante situaciones conflictivas, la implicación en las obligaciones (como compartir el tiempo en la actividad física), ejercer de confidente frente a los temores y proporcionar sentimientos tanto de comprensión (sin condescender), como de confianza en las capacidades del individuo (Folkman y Moskowitz, 2000).

El capítulo tercero estudia, con más detalle, unas figuras especialmente valiosas dentro de la red de apoyo cuando el diagnóstico es a edades tempranas, como son los padres. Ellos serán los encargados de establecer las rutinas para alcanzar la normalidad cuanto antes, al administrar una gran parte del entorno íntimo del diabético. Pero esa necesidad de orden y naturalidad viene dada por demandas psicológicas, ya que son los progenitores quienes más tardan en asumir la nueva realidad de sus hijos (Barnard y cols., 2010), y así lo atestiguan las recaídas emocionales (brotes de negación, pesimismo y dolor), en algunos casos acreditados hasta siete años después del diagnóstico.

Los sentimientos de culpa deben desterrarse, como también el temor a no estar cerca ante una crisis del hijo; igualmente, se origina escepticismo hacia el medio, sobre todo

en lo referente a profesores y cuidadores (como los “canguros”), y su capacidad de solventar un aprieto. Esta concentración de opresión y negatividad les coloca en una delicada situación psíquica, que puede propiciar trastornos emocionales como la ansiedad o directamente desajustes clínicos como la antes comentada depresión.

Barnard y cols. (2010) también informan de que los padres presentan tasas de estrés por encima de los hijos porque confían en menor grado en las competencias de estos, mientras que las madres se encuentran más damnificadas en el humor (altos niveles de irascibilidad y pesimismo). Todo ello repercute en el total del núcleo familiar (en los hermanos del diabético se pueden generar sentimientos de exclusión y desatención), y las pautas para evitarlo que citan dichos autores no difieren de las previamente abordadas: la rápida detección de obstáculos, el recuento de recursos y el asesoramiento profesional conducen a la estabilidad de la enfermedad, pues se otorga dominio sobre ella y se normaliza la convivencia tanto de los familiares como del diabético con su dolencia crónica, mejorando la calidad de vida del conjunto (Rubin, 2000).

El cuarto capítulo, dedicado íntegramente a la adolescencia, también se hace eco de la trascendencia de los progenitores. Peveler y cols. (2005) destacan que el respaldo anímico es primordial para evitar la comorbilidad de la diabetes con otras patologías vinculadas especialmente a este período, como los desórdenes alimenticios en las más jóvenes. Esta etapa (según la OMS entre los 10 y 19 años) se singulariza por una revolución hormonal que transforma el cuerpo, consolidando la identidad sexual y gestando la personalidad; también se desarrolla el pensamiento abstracto, la toma de conciencia de sí mismo y se aceptan los constructos sociales del grupo al que se pertenece (Kinsman y cols. 1998).

Surge un fuerte deseo de reconocimiento de la idiosincrasia propia, de que se existe en el mundo como un sujeto distinto de los demás, lo que, añadido a un ansia de independencia, libera comportamientos manifiestamente rebeldes. Es un ciclo en el que se asumen riesgos de toda índole porque se busca la integración con el colectivo escogido, y esas extralimitaciones arrastran unas consecuencias imprevisibles por la inexperiencia, que trazarán las futuras conductas de afrontamiento o evasión (Lazarus y Folkman, 1984).

Los estudios de Suris y cols. (2008) demuestran que aquellos adolescentes con enfermedades crónicas practican comportamientos arriesgados más numerosos e intensos que el resto, ya que se han sentido muy sobreprotegidos; las directrices que estas investigaciones recomiendan a los padres incluyen la observación del lenguaje corporal del doliente, evitar las elecciones indulgentes, mezclar la autoridad con el respeto por las decisiones tomadas por el hijo, y mostrarse empáticos pero aclarando que ejercen como progenitores y no como amigos.

Cualquier enfermedad crónica necesita del ensayo y el error hasta dar con una fórmula eficiente; en este proceso, compartir tanto las experiencias de éxito como las

fallidas, endereza la situación y disminuye la ansiedad (en afectado y círculos de apoyo), y es por ello que se insiste en los grupos de iguales, especialmente en los jóvenes debido a la construcción de la personalidad y el peso que conceden al contexto. Esta mecánica también aminora la comorbilidad con otras patologías dentro del entorno, como la depresión en los padres (Barnard y cols., 2010).

La adolescencia se complica aún más cuando se tienen citas continuas con médicos y rutinas diarias que forzosamente pasan a ser públicas. El miedo a ser estigmatizado o a recibir la compasión ajena, pueden combatirse desde el enfoque positivista que rezuma el manual; Greaves y cols. (2010) promulgan, por ejemplo, enfocar la diabetes como un desafío, y los avances que se vayan consiguiendo, como razones de las que presumir y estar orgulloso. Esto conecta con trabajos como los de Gaudieri y cols. (2008) sobre la importancia del autoconcepto, pues encontraron que las capacidades no verbales en alumnos recientemente diagnosticados de diabetes habían mermado, a causa de sentirse en desventaja respecto a los compañeros.

El manual alaba las virtudes de los campamentos vacacionales para diabéticos, con el propósito de que los adolescentes puedan comprobar de primera mano cómo su tratamiento puede integrarse en la rutina diaria, la forma en que se amoldan grupos de iguales o el modo en que actividades físicas aptas les proporcionan seguridad sobre su cuerpo (Karaguzel y cols., 2005). Sin embargo, su efecto se desvanece si no hay después una continuidad, lo que trae de vuelta la relevancia de los padres y la red de apoyo.

La realidad adolescente incluye el consumo de drogas debido a la influencia de los iguales que ya hemos señalado. Entre las legales, la más perniciosa es el alcohol, ya que es la que goza de más aceptación social; tal y como explica el libro, es un problema concretamente vívido en la cultura anglosajona, si bien en la americana también aparece vinculado, como tercera causa de muerte entre los 12 y 20 años, a accidentes, suicidios u homicidios. En la adolescencia, el consumo de alcohol está integrado en su propio transcurso, pues forma parte de un porcentaje muy elevado de actividades y ritos sociales ligados a este período; en otras palabras, esta droga funciona como un instrumento de socialización (Simantov y cols., 2000).

Ignorar este hecho es negar la evidencia, y los especialistas, al margen de debates cívicos, se han ajustado a esa realidad educando en el consumo responsable; la instrucción al diabético incluye sencillas pautas, como no ingerirlo con el estómago vacío, y otras más complejas que precisan del entrenamiento en la autoexploración, ya que se necesita identificar las señales orgánicas para saber cuándo hay que parar el consumo y cuándo evitarlo tajantemente, para no generar una situación de alta peligrosidad. La información transmitida desde los equipos médicos en relación al alcohol, y al resto de drogas en general, deberá ser simple, clara y regia, sin eludir apartados (Smith y Foxcroft, 2009). Así, advertir sobre el éxtasis incluirá detallar cómo se causa una desestabilización veloz del organismo, impidiendo que la insuficiencia de insulina pueda

cubrirse y se ocasionen severos y bruscos cuadros de lipólisis que pueden provocar la muerte.

Otras drogas como el tabaco también son elevadamente consumidas entre los jóvenes, pese a los nocivos efectos que se producen en la presión arterial o en el metabolismo del diabético. Sin embargo, más perjudicial es el consumo de sustancias como la marihuana, cuyo poder adictivo y efecto desinhibidor conducen a una pérdida del control sobre la glucosa y a corto plazo, se desorganiza la ingesta de la medicación necesaria con las graves consecuencias que esto conlleva.

El manual menciona que la interacción entre el alcohol y los fármacos del diabético, propicia una alienación que está relacionada con conductas sexuales de riesgo; no obstante, puntualiza que hay escasez de estudios sobre sexo y diabetes en la adolescencia. El 10% de los jóvenes padece una enfermedad crónica que repercute psicológicamente, sobre un destacado porcentaje, en su vida sexual, al adolecer de problemas como la disfunción eréctil masculina o la pérdida de sensibilidad femenina. El alcohol, así pues, se emplearía nuevamente con fines desinhibidores que acallasen los miedos e inseguridades internos, facilitándose las prácticas de riesgo cuando la embriaguez obstaculiza el empleo de métodos de protección.

Sin embargo, estudios como los de Frey y Guthrie (1997) afirman que los diabéticos jóvenes practican sexo a niveles de seguridad mucho más elevados que adolescentes sin dolencias crónicas, al haber tomado conciencia de la vulnerabilidad de la salud y de que es responsabilidad suya protegerla. Así, los embarazos no deseados son menores entre las adolescentes diabéticas (Tabacova, 2003) aunque, por lo general, tienen sus hijos a edades más tempranas.

El embarazo es otro aspecto tratado en la guía, ya que la diabetes es la complicación médica más común durante la gestación, y está asociada con un mayor riesgo de anomalías obstétricas, como las malformaciones congénitas y la mortalidad perinatal (CEMACH, 2007). El libro reivindica que el impacto psicosocial de la diabetes durante el embarazo está escasamente investigado, y es ignorado con frecuencia, pese al potencial daño que su diagnóstico puede causar en la estabilidad emocional de la mujer, y por ende, en el bebé.

Además de a las embarazadas, el quinto capítulo se acerca a los grupos minoritarios. Las minorías étnicas poseen peculiaridades culturales que se extrapolan a su psicología, y esto se materializa en las estrategias que utilizan a la hora de hacer frente a un problema y de manejar sus emociones. A las barreras idiomáticas y la complejidad de adaptar (que no traducir) los cuestionarios e informes, se suma la de por sí ardua tarea de cuantificar el malestar y el sufrimiento, que normalmente se comunica –entre ambas direcciones, médico y enfermo– con expresiones locales o frases hechas que formulan quienes dominan el idioma; la presencia de traductores en las clínicas podría paliar, en cierta medida, estas trabas (Lloyd y cols., 2008) y favorecer la tarea del facultativo



de trasladar el diagnóstico y toda la responsabilidad que acarrea, pero no sería suficiente ante la falta de reconocimiento de las emociones que muestran ciertas etnias.

No obstante, el principal óbice es la desconfianza hacia los profesionales sanitarios, resultado de la comentada idiosincrasia étnica, que les hace recelar de toda su actuación, con lo que se dificulta desde el principio el proceso terapéutico (desde una *entrevista motivacional* sesgada a un plan de intervención insuficiente por la escasez de datos).

Curtis, Beirne y Jude (2003) apuestan por personalizar la atención como forma de involucrar al paciente, y en esta línea, Fagerli y cols. (2009) exponen que habrá una implicación creciente del enfermo cuanto más conocimiento le transmita el equipo médico sobre su cultura. Estas soluciones (por desgracia, utópicas en parte, debido a los inconvenientes económicos) se perfilan más demandadas frente a determinadas minorías como la asiática, ya que el capítulo denuncia la fuerte percepción negativa que presenta este grupo a las intervenciones psicológicas, pese a gestar la idea de que están privados en ciertos momentos de consistentes apoyos anímicos frente a los trances.

El daño de la diabetes se acrecienta peligrosamente cuando se mezcla con otra enfermedad, siendo potencialmente mortal en combinación con la obesidad visceral, hipertensión, homeostasis de insulina o niveles muy altos de triglicéridos. En contraste, los apartados tercero y quinto también matizan que la casuística informa de excepciones donde la comorbilidad puede beneficiar a la diabetes, al recibirse un tratamiento que alivia todo el cuadro clínico, como los casos donde el uso de la pioglitazona mejora el rendimiento cardiovascular, permitiendo la actividad física moderada y obteniéndose efectos psíquicos positivos a muy corto plazo.

A este respecto, la guía también añade que el grupo de la tercera edad es el que más convergencia de enfermedades presenta, convirtiendo este segmento de la población en el más delicado y que más vigilancia precisa (Zhao y cols., 2011). La comorbilidad con otras afecciones como la obesidad, la demencia, las enfermedades coronarias o el Parkinson es muy alta, dificultando la progresión del tratamiento centrado en la diabetes, cuyo diagnóstico incrementa el riesgo de reacciones fisiológicas adversas por la interacción polifarmacológica.

Este sector también presenta obstáculos intrínsecos, como unos mayores índices de dependencia, con lo que la carga del tratamiento descansa en buena parte sobre los cuidadores. Además, el diabético posee un elevado riesgo de sufrir senilidad patológica (Gregg y cols. 2000); si bien no hay consenso sobre el mejor método para detectar las carencias cognitivas en la diabetes, es un asunto especialmente investigado al ser culpables de dejar al enfermo en un grave estado de precariedad, pues sus habilidades no rinden al exigente nivel que una enfermedad crónica reclama.

De este modo, uno de los aspectos más preeminentes es la necesidad de discernir esos déficits de otros trastornos de indicios similares como la depresión, para proporcionar el tratamiento oportuno (Anderson y cols., 2001), lo que hace aún más vulnerable a

este sector. El componente anímico vuelve a ser fundamental, pues los sentimientos de autocompasión y fragilidad empeoran la dolencia, algo constatado científicamente en el deterioro del sistema inmunológico y la resistencia a la insulina (Fried y cols., 2001).

Además de un primer capítulo introductorio a la enfermedad de carácter clínico-sanitario y dirigido particularmente a neófitos, el libro se completa con un apartado muy interesante, como es el testimonio de dos diabéticos que narran su experiencia vital. El primer relato corresponde a Michelle, que recibió el diagnóstico con diez años. Recuerda una infancia y adolescencia normales, presentándose en el colegio nuevo como "la diabética"; siempre le transmitió tranquilidad todo su entorno, desde el familiar hasta el universitario.

Las dificultades llegaron en su etapa profesional, cuando empezó a ejercer de enfermera; la incompatibilidad de horarios con los chequeos de glucosa la llevaron a saltarse las rutinas que había establecido desde el principio, y su salud empeoró. Este hecho generó una situación de estrés que agravó el problema, entrando en un círculo vicioso del que pudo salir gracias al asesoramiento profesional; su médico le recomendó un sistema de monitorización continua de glucosa que inicialmente rechazó por ser externo, pero que aceptó al tomar conciencia de la calidad de vida que obtendría. Este paso fue la clave para recuperar el dominio de las emociones que la habían desbordado, volviendo a un estado de control de la enfermedad.

El segundo testimonio es el de Joe, quien también recibió su diagnóstico en la adolescencia, con trece años. En oposición a Michelle, él cayó en estado de shock al saber la noticia; decide guardar silencio y afrontarlo en soledad, como una carga que le compete sólo a él: le horroriza la idea de sufrir la compasión o el rechazo ajenos. Los sentimientos de desolación le embargan; cree que lo ha traicionado su propio cuerpo y que su libertad se ha desvanecido. Además, las rutinas le merman el ánimo, al tener que ingerir cantidades fijas de carbohidratos o controlar la glucosa; en general, se siente angustiado por la enfermedad e incomprendido. Su perspectiva cambia el segundo año: ha asimilado las normas y recuperado en parte el control sobre su cuerpo gracias al ejercicio físico.

Los siguientes años dan paso a tratamientos más flexibles que le devuelven la sensación de independencia; los retos a los que se enfrenta según madura, le hacen valorar la diabetes como uno más, y la equipara con aprender a conducir ("primero lo que no se puede hacer, luego equivocarse y después mejorar") o el gasto (con determinada cantidad de glucosa puede hacer ciertas actividades, y con una cuantía de dinero sólo puede comprar ciertos productos). La ha incluido en todas las facetas de su vida gracias a la disociación entre el control mental y el corporal, para no dejarse afectar en el estado de ánimo por los desarreglos de la dolencia (del letargo a la hiperactividad).

Joe reconoce que con sus controles rutinarios, vive en la más absoluta normalidad. Es tal la aceptación que resume su proceso de adaptación como un nuevo estilo de vida. Y es éste precisamente el mensaje que exuda *Psychology and Diabetes Care: A Practical Guide* y que hemos tratado de plasmar a lo largo de la recensión: la diabetes, como enfermedad crónica, demanda una reescritura de todos los aspectos vitales del sujeto. La intercesión de médicos y entorno facilitará una tarea que exige, sin embargo, que sea el diabético quien dé el primer paso hacia la introducción de modificaciones. Mudar a un estilo de vida diferente y superar las incomodidades de ese proceso, es un desafío en el que la Psicología se ha mostrado sobradamente competente, y este manual, a través de sus muchos ejemplos teóricos y prácticos, representa un nuevo testimonio de que así es.

## REFERENCIAS

- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Klaus, R. E., Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Anderson, R. M. y Funnell, M. M. (2001). *The art of empowerment*. Alexandria: American Diabetes Association.
- Barnard, K., Thomas, S., Royle, P., Noyes, K., y Waugh, N. (2010). Fear of hypoglycemia in parents of young children with type 1 diabetes: a systematic review. *BMC Pediatrics*, 10, 50-60.
- Bowes, S., Lowes, L., Warner, J. y Gregory, J. W. (2009). Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 992-1000.
- Cadman, D., Rosenbaum, P., Boyle, M. y Offord, D. R. (1991). Children with chronic illness: family and parent demographic characteristics and psychosocial adjustment. *Pediatrics*, 87, 884-889.
- CEMACH (2007). *Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Diabetes in pregnancy: are we providing the best care?* Londres: CEMACH.
- Curtis, S., Beirne, J. y Jude, E. (2003). Advantages of training Asian diabetes support workers for Asian families and diabetes health care professionals. *Practical Diabetes International*, 20(6), 215-218.
- Fagerli, R. A., Lien, M. E. y Wandel, M. (2005). Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo. *Appetite*, 45, 295-304.
- Frey, M. A., y Guthrie, B. (1997). Risky behavior and risk in adolescents with IDDM. *Adolescence Health*, 20(1), 38-45.
- Fried, L. P., Tangen, C. y Walston, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Gerontology*, 56(3), 1-11.
- Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.

- Gaudieri, P. A., Chen, R. S., Greer, T. F. y Holmes, C. S. (2008). Cognitive function in children with type 1 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(9), 1892-1897.
- George, E., Iveson, I., Ratner, H. (1999). *Problem to solution brief therapy with individuals and families*. Londres: BT Press.
- Greaves, C. J., Reddy, P. y Sheppard, K. (2010). Supporting behaviour change for diabetes prevention. En P. Schwarz, P. Reddy, C. J. Greaves, J. Dunbar y J. Schwarz (Eds.), *Diabetes prevention in practice* (pp. 19-29). Dresden: TUMAINI Institute for Prevention Management.
- Gregg, E. W., Yaffe, K., Cauley, J. A., Rolka, D. B., Blackwell, T. L., Narayan, K. M. y Cummings, S. R. (2000). Is diabetes associated with cognitive impairment and cognitive decline among older women? *Archives of Internal Medicine*, 160, 174-180.
- Idler, E. L., y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Karaguzel, G., Bircan, I., Erisir, S. y Bundak, R. (2005). Metabolic control and educational status in children with type 1 diabetes: effects of a summer camp and intensive insulin treatment. *Acta Diabetologica*, 42(4), 156-161.
- Kinsman, S. B., Romer, D., Furstenberg, F. F. y Schwarz, D. F. (1998). Early sexual initiation: the role of peer norms. *Pediatrics*, 102(5), 1185-1192.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Littell, J. H. y Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-273.
- Lloyd, C. E., Hermanns, N., Nouwen, A., Pouwer, F., Underwood, L. y Winkley, K. (2010). The epidemiology of depression and diabetes. En W. Katon, M. Maj y N. Sartorius (Eds.), *Depression and diabetes*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lloyd, C. E., Johnson, M. R. D., Mughal, S., Sturt, J. A., Collins, G. S., Roy, T., Bibi, R. y Barnett, A. H. (2008). Securing recruitment and obtaining informed consent in minority ethnic groups in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 68.
- Peveler, R., Bryden, K., Neil, H., et al (2005). The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1), 84-88.
- Polonsky, W., Anderson, B., Lohrer, P., Welch, G., Jacobson, A., Aponte, J. (1995). Assessment of diabetes related distress. *Diabetes Care*, 18, 754-760.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rollnick, S., Mason, P. y Butler, C. (1999). *Health behaviour change: a guide for practitioners*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 3, 21.
- Simantov, E., Schoen, C. y Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink?: Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(10), 1025-1033.
- Smith, L. A. y Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9, 51.
- Suris, J. C., Michaud, P. A., Akre, C. y Sawyer, S. M. (2008). Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*. 122(5), 1113-1118.
- Tabacova, S. (2003). Adverse pregnancy outcomes associated with maternal enalapril antihypertensive treatment. *Pharmacoepidemiology Drug Safety*, 12(8), 633.
- Zhao, G., Ford, E. S. y Balluz, L. S. (2011). Physical activity in U.S. older adults with diabetes mellitus: prevalence and correlates of meeting physical activity recommendations. *Journal of American Geriatric Society*, 59(1), 132-137.

**Sergio Díaz Camblo y Antonio Hernández Mendo**  
**Universidad de Málaga (España)**