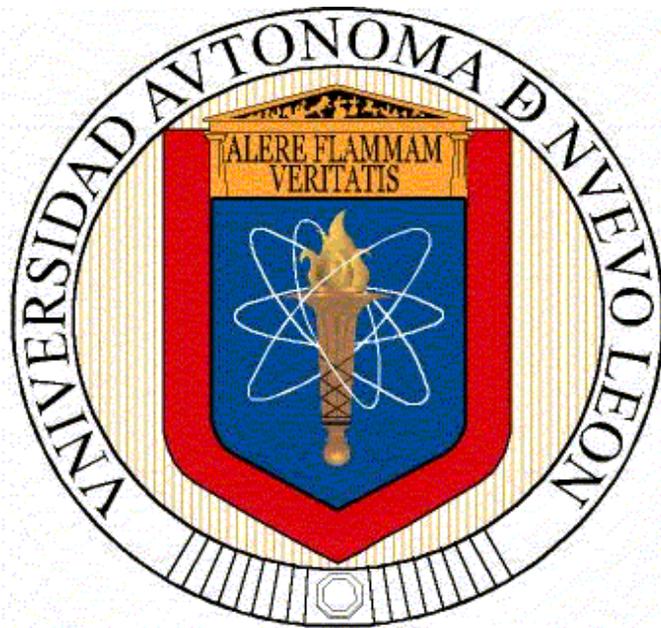


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS 2**

**PRESENTA:
JOSÉ LEONEL HERNÁNDEZ ALVARADO**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

MONTERREY, N. L., MEXICO, JUNIO DE 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS 2

PRESENTA:
JOSÉ LEONEL HERNÁNDEZ ALVARADO

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO

MONTERREY, N. L., MEXICO, JUNIO DE 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Trastorno de Somatización en pacientes con Diabetes mellitus 2” presentada por José Leonel Hernández Alvarado ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Edith Gerardina Pompa Guajardo
Director de tesis

Dr. Rodrigo Alberto Cantú Guzmán
Co director de tesis

Dr. Lorenzo Sánchez Reyes
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Junio de 2014

DEDICATORIA

A la memoria de Marta Hilda Estrada Fernández

(7 de Octubre de 1946 – 14 de Noviembre 2012)

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a las personas que aceptaron participar en la investigación, a quienes sin duda está dirigida la presente tesis con el fin de aportar en el desarrollo de su salud y enfermedad.

A empleados de los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su apoyo y a sus dirigentes por permitir la aplicación de los procesos de investigación en el hospital.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Psicología por brindarme la oportunidad de ser parte de su institución.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo y soporte brindado durante la realización de los estudios de maestría.

Al Doctor Rodrigo Cantú por compartir su experiencia y afirmar en mí la necesidad de llevar al campo clínico todo el aprendizaje y el trabajo de investigación que se lleva a cabo en nuestra materia.

A la Doctora Edith, mi directora, por el apoyo en la consecución de la investigación.

A los profesores del programa de maestría de la Universidad, especialmente al Doctor Víctor Padilla por compartir su conocimiento y brindarme su apoyo para completar la presente investigación y al Maestro Arnoldo Telléz por enseñarme la importancia y el valor del trabajo clínico en el campo de Salud.

A mi familia por estar presente y seguir conmigo, especialmente a la Doctora Zarina Estrada Fernández por su aliciente y apoyo en la consecución de metas personales, académicas y profesionales.

RESUMEN

La diabetes tipo 2 representa una dificultad en el sistema metabólico caracterizado por la hiperglucemia, en México es un creciente problema a pesar de los avances en investigación y en su tratamiento. Aunado a la enfermedad crónica algunos pacientes sufren de malestar psíquico por su padecimiento, lo cual puede dificultar el curso de la enfermedad e inclusive exacerbar la sintomatología de la enfermedad. Participaron en el presente estudio 100 hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus y 107 pacientes sin diagnóstico de enfermedad crónica, ambos grupos acuden a consulta en los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se aplicó el Inventario de Síntomas SCL-90-R a dos grupos de pacientes (pacientes con Diabetes y sin Diabetes). Se obtuvieron los principales síntomas psicológicos de cada uno de los grupos para su comparación y finalmente se trabajó como variable principal; el Trastorno de Somatización, dicha variable además de ser comparada entre grupos principales fue contrastada dentro del mismo grupo de pacientes con Diabetes mellitus logrando asociar la variable con un manejo adecuado o inadecuado de Diabetes mellitus crónica.

Palabras clave: Somatización, Diabetes, Psicología de la Salud, SCL-90-R.

ABSTRACT

Type 2 diabetes is a metabolic difficulty system characterized by hyperglycemia. In Mexico it is a growing problem despite advances in research and treatment. In addition to chronic disease, patients suffer from some mental distress for his condition, which can impede the good course of the disease and even exacerbate the symptoms of the Diabetes. Participated in this study 100 men and women diagnosed with Diabetes Mellitus and 107 patients without a diagnosis of diabetes, both groups seek care in the Medical Services of the Universidad Autonoma de Nuevo León. The Symptom Inventory SCL -90- R was applied to the two groups of patients (patients with Diabetes and without Diabetes). Major psychological symptoms of each groups were obtained for comparison and finally worked as a primary endpoint the Somatization disorder. The Somatization variable besides being compared between major groups was contrasted within the same group of patients with Diabetes mellitus associating the variable with adequate or inadequate management of chronic diabetes mellitus.

Key words: Somatization, diabetes, Health psychology, SCL-90-R.

INDICE

Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCION.....	10
Definición del Problema	14
Hipótesis	15
Justificación de la Investigación.....	16
Objetivo General	19
Objetivos específicos:.....	20
Pregunta de Investigación.....	20
CAPITULO II.....	21
MARCO TEORICO.....	21
Concepción de la Psicología de la Salud.....	21
Medicina Psicosomática.....	22
Psicología Médica	22
Medicina Conductual.....	23
Psicología de la Salud	25
Psicología de la Salud en Enfermedades Crónicas.....	27
Diabetes.....	28
Definición y clasificación.....	28
Definición	28
Sintomatología.....	28
Clasificación.....	28
Epidemiología.....	29
ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición)	29
Diagnóstico.....	32
Hemoglobina Glucosilada	33
Aspectos biomédicos.....	34
Objetivo del tratamiento	34
Componentes del tratamiento.....	35

Complicaciones de la Diabetes	37
Complicaciones agudas	38
Complicaciones crónicas	38
Aspectos psicológicos de los pacientes con Diabetes	41
Diagnóstico.....	43
Psicopatologías asociadas a la enfermedad	45
Depresión	47
Ansiedad.....	50
Trastorno de Somatización	52
Histeria.....	54
Somatización	55
DSM- 5: Síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	58
Usos del término Somatización y Psicossomático	59
Somatización	60
Psicosomático.....	62
Comorbilidad con otros Trastornos	64
Causas.....	65
CAPITULO III.....	68
METODO.....	68
PROCEDIMIENTO.....	72
Diseño utilizado:	74
Recolección de Datos:.....	74
Análisis de Datos:.....	74
CAPITULO IV	76
RESULTADOS	76
CAPITULO V	85
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	101
ANEXOS.....	118

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Criterios bioquímicos de Diabetes (ADA).....	32
Tabla 2. Balance de prueba Hb1c.....	33
Tabla 3. Relación entre Hemoglobina Glucosilada y glucosa en sangre.....	34
Tabla 4. Recomendaciones para el control del paciente con Diabetes.....	36
Tabla 5. Pacientes con Diabetes controlada, descontrolada y sin Diabetes.....	75
Tabla 6. Confiabilidad.....	77
Tabla 7. Resultados de normalidad.....	78
Tabla 8. Medias de las dimensiones psicológicas.....	79
Tabla 9. Diferencias del trastorno de Somatización entre grupos.....	80
Tabla 10. Correlación entre Somatización y Nivel de glucosa.....	81
Tabla 11. Comparación de Depresión entre pacientes con Dm y sin Dm.....	82
Tabla 12. Comparación Depresión entre pacientes en control y desc.....	82
Tabla 13. Comparación rasgos de Ansiedad entre pacientes con Dm y sin Dm...	83
Tabla 14. Comparación Ansiedad entre pacientes en control y desc.....	84

CAPITULO I

INTRODUCCION

Un pasaje de la mitología griega narra “El suplicio del rey Tántalo” rey de Frigia y que fue conocido por agravios cometidos a los dioses como el robo de bebida, comida y néctar sagrado con el fin de deleitar a sus amantes, fue acusado inclusive de revelar conversaciones con los mortales de temas que solo incumbían a los dioses y a los seres inmortales.

Ninguno de estos actos despertaría la ira y enojo de los dioses como lo sucedido aquel día donde ofrece un banquete para los dioses en su palacio.

Cuando la comida empezaba a escasear y con la intención de no quedar mal ante los inmortales, Tántalo decide ofrecer una apetitosa y humeante carne color rosa de la cual los dioses deciden no comer pues dan cuenta de que la carne pertenece al hijo del propio rey.

Tras las repetidas ofensas, los dioses lo sentencian a vivir en los infiernos donde Tántalo es amarrado a un árbol adentrado en un lago cuya agua le llegaba justo hasta el cuello. Cuando el rey intentaba beber de esta agua, la misma descendía al grado de convertirse en arenoso, los frutos que poseía el árbol también eran inalcanzables para Tántalo pues cada vez que intentaba coger alguno, el viento estremecía las ramas alejándolas de su alcance.

Tántalo fue entonces condenado a vivir eternamente con hambre y sed (Aguirre & Alicia, 2001).

Existe una relación simbólica entre la Diabetes y el relato griego de Tántalo, al igual que el rey, el paciente con Diabetes mellitus sufre de un hambre constante (polifagia) y una sed insaciable (polidipsia), dos de los síntomas principales del padecimiento de Diabetes. Junto a estos, otros síntomas como la poliuria, que es la excreción excesiva de orina, la pérdida de peso y la fatiga conforman una

sintomatología completa del padecimiento de Diabetes los cuales pueden aparecer repentinamente en la persona de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Organización Mundial de la Salud define la Diabetes Mellitus como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente (hormona que regula el azúcar en la sangre) o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, el efecto de la Diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2012).

Generalmente se presenta después de los 40 años, pero puede ocurrir antes y puede permanecer sin detectarse durante muchos años, el diagnóstico llega a establecerse a través de exámenes de sangre o presencia de glucosa en la orina (International Diabetes Federation, 2013).

La Diabetes es un problema de salud que al igual que muchas otras enfermedades sobre todo de tipo crónica está en aumento. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su última actualización del 2012, publica que hay 371 millones de personas con Diabetes en el planeta, lo cual está estrechamente relacionado con el rápido aumento de sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. En 2004 fallecieron 3.4 millones de personas como consecuencias del exceso de glucosa en la sangre y se calcula que las muertes por diabetes aumentarán más de un 50% en los próximos 10 años. Más del 80% de las muertes por Diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, el grupo más afectado es el de 35 a 64 años (OMS, 2012).

México está entre los primeros 10 países con mayor número de personas con Diabetes (10,603.22 de casos en el país) en edades de 20 a 79 años y reporta una total de 73.347 fallecimientos por la enfermedad en personas entre 20 y 79 años, se calcula que hay 452.41 casos de Diabetes aún no diagnosticada (IDF Diabetes Atlas, 2012).

En el estado de Nuevo León la Diabetes ocupa el tercer puesto como principal causa de muerte con el 9.3% de muertes en el estado, detrás de las enfermedades del corazón y los tumores malignos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

La información de las últimas décadas indica que el número de pacientes con Diabetes tipo 2, se incrementa en forma significativa en México, lo que repercute en todas las instituciones de salud pues constituye una de las principales causas de consulta médica y de admisión hospitalaria. Posiblemente el mexicano tenga mayor predisposición genética para el desarrollo de la enfermedad y de cambios de hábitos de vida, caracterizándose por un mayor sedentarismo y sobrepeso, esto aumenta la prevalencia de la enfermedad, como ocurre en las principales ciudades mexicanas (Lerman, 2001).

Para la persona con Diabetes, la enfermedad obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control, como la alimentación y el ejercicio. Los pacientes con Diabetes deben asistir a consulta y cumplir con las condiciones médicas además de llevar métodos de control metabólico (glucemia, presión arterial y perfil de lípidos) para impedir complicaciones crónicas (Valderrama, 2008).

El tratamiento para la Diabetes es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar (Sánchez- Sosa, 2002).

La evaluación psicológica de la enfermedad se vuelve necesaria para optimizar tanto la adhesión al tratamiento como el manejo de la enfermedad y su repercusión en la calidad de vida del paciente.

La mejora asistencial ha dado paso a la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, centrándose en la implicación de la Diabetes en distintos aspectos que conforman la calidad de vida.

La evaluación psicológica permite “operativizar” las variables relacionadas con el manejo de la enfermedad y estresores asociados los cuales influyen en el pronóstico y la evaluación de la Diabetes mellitus (Larrison, Leal, Martin, Querol & Renovell, 2007).

En la evolución de la psicología aplicada a la Diabetes en los últimos 15 años, se pueden identificar las principales líneas de investigación; detección de la psicopatología en los pacientes con Diabetes y su influencia en la evolución de la enfermedad, la influencia de las características de la personalidad sobre el control metabólico de la enfermedad y la intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad (Peralta, 2011).

Pareciera entonces que los pacientes con Diabetes mellitus además de los principales síntomas físicos de la enfermedad (fatiga, pérdida de peso, poliuria, polidipsia y polifagia), deben enfrentar una serie de aspectos psicológicos que se relacionan e inclusive pueden llegar a exacerbar la sintomatología física de la enfermedad, acelerando así los procesos crónico degenerativos de las cardiopatías, neuropatías y retinopatías en los pacientes.

Los síntomas físicos originados o exacerbados por aspectos psicológicos y sin aparente causa orgánica o justificados por la enfermedad médica son entendidos como síntomas somáticos y psicosomáticos.

DeGutch y Maes mencionan en 2006 que el concepto de Somatización carece de un solo significado y es frecuentemente utilizado como sinónimo del término Psicosomático por la similitud en su constructo, sin embargo a pesar de las pequeñas variaciones que pueda tener su significado la esencia de la relación mente- cuerpo permanece.

La posibilidad de relacionar la Diabetes con el trastorno de Somatización surge a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica pues el malestar psíquico es común en la enfermedad y la mayoría de las veces este no es atendido de forma clara por la dificultad incluso de percibirla por parte del paciente.

Comprobar la existencia de trastornos y características psicológicas en el paciente con Diabetes mellitus representadas por malestares físicos ajenos a la enfermedad crónica es el motivo principal de la presente investigación.

Definición del Problema

El momento actual de las enfermedades crónicas y el incremento en los casos relacionados con el sobrepeso y Diabetes exige trabajar en el conocimiento biológico, social y psicológico acerca del transcurso y el manejo de la enfermedad.

La Diabetes ha sido detectada como un problema que atañe al país desde hace ya algún tiempo, el figurar entre las primeras causas de muerte nos refleja la emergencia en salud pública que atraviesa México a raíz de la enfermedad.

Aun contando con información, métodos de intervención, clínicas especializadas en el cuidado y trato de la enfermedad, el problema refleja números con consecuencias pandémicas.

El padecimiento de Diabetes a diferencia de otras enfermedades y complicaciones no tiene una simple fórmula o pastilla que cure la enfermedad y sus síntomas, el paciente con Diabetes requiere entonces de herramientas que lo ayuden a dominar sus hábitos de alimentación, ejercicio e ingesta y aplicación de medicamentos para el control de su enfermedad.

El mejoramiento de tratamientos psicológicos en el paciente con Diabetes aporta a la disminución de las complicaciones crónico- degenerativas de la enfermedad (cardiopatías, neuropatías y retinopatías) las cuales surgen a partir del manejo inadecuado de la enfermedad y aportan a la tasa de mortalidad por inconvenientes relacionados con la Diabetes mellitus.

Se asume que identificando los conflictos psicológicos por los que atraviesa el paciente con Diabetes, se pueden crear intervenciones psicológicas que dotan al paciente de herramientas necesarias para el control adecuado de la enfermedad.

El propósito de aplicar el inventario de síntomas SCL-90-R es asociar a través de métodos científicos como las cuestiones psicológicas por los que cruza el paciente con Diabetes derivan en alteraciones biológicas representadas en los niveles de azúcar en su sangre y en los malestares físicos expresados por el mismo paciente.

Por lo anterior, el problema a investigar se expresa a través de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales patologías expresadas por los pacientes con Diabetes mellitus crónica controlada, Diabetes mellitus crónica descontrolada y personas sin Diabetes?

Hipótesis

Considerando el problema a investigar y las aportaciones de la Psicología en materia de Salud y enfermedades crónicas, en especial en la Diabetes Mellitus, planteo la siguiente Hipótesis de investigación:

Los pacientes con Diabetes mellitus crónica descontrolada padecen más síntomas de Somatización que pacientes con control de la enfermedad crónica y que personas sin Diabetes.

Justificación de la Investigación

Las enfermedades crónicas y sus alcances han sido investigadas en un sinnúmero de artículos y tesis, no con el fin educativo sino con el objetivo de mejorar el cuidado y el tipo de intervención que recibe el paciente en entidades hospitalarias y de salud.

En especial la Diabetes mellitus tipo 2 es uno de los padecimientos dentro de este grupo de enfermedades que más ha incrementado en los últimos años.

La Federación Mexicana de Diabetes (FMD) en 2006 indica que la prevalencia de la enfermedad en adultos de 20 años o más es de 6.4% en el estado de Nuevo León, siendo más elevada en mujeres que en hombres.

Según últimos datos en el 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran que en Nuevo León con una población total de 4,653,458 habitantes coloca a la Diabetes como la tercera causa de muerte más común en el estado con un 9.3%, solo debajo del Cáncer y enfermedades del corazón.

La falta de información y estímulos para llevar una vida menos sedentaria, el pobre manejo de la enfermedad y una población grande de personas envejeciendo bajo este modo de vida marca un futuro desalentador en cuanto a las personas que padecen de la enfermedad crónica.

Aquí se subraya la trascendencia que aportes científicos pueden brindar no solo a la comunidad con la enfermedad sino también a clínicas, hospitales, asociaciones y entidades responsables del manejo de pacientes con Diabetes y las consecuencias biológicas, sociales y psicológicas, esfera en la que se centra la presente tesis de investigación.

El impacto psicológico tras el diagnóstico de Diabetes es algo que sacude al paciente en todas las líneas de su vida; relaciones sociales y de pareja, trabajo, el tiempo de recreación e inclusive las metas de vida planteadas pueden llegar a verse alteradas.

Es así, que el estudio de las variables psicológicas por las que atraviesa el paciente con Diabetes se vuelve la principal razón de esta investigación, se busca saber hasta qué punto estas variables psicológicas derivan en la exacerbación de síntomas físicos y en el manejo inadecuado de los niveles de glucosa en sangre.

Las psicopatologías han sido ampliamente estudiadas en pacientes con Diabetes, en el Hospital General de Boston Massachusetts se comparó los niveles de Depresión entre personas con Diabetes y sin Diabetes. La investigación confirmó que los pacientes con Diabetes tienen una severa Depresión y un menor nivel de bienestar físico en comparación con el grupo que no padecía de Diabetes (Fava, Iosifescu, Papakostas, Petersen & Shear, 2006).

En México se realizó un estudio en 200 personas de entre 30 y 65 años con Diabetes mellitus 2 en la ciudad de Monterrey Nuevo León donde se aplicaron las escalas de estrés percibido, escala del proceso de afrontamiento - adaptación (CAPS) y la escala de adaptación psicosocial a enfermedades crónicas (PAIS). Se encontró que el estrés como estímulo influye en el proceso cognitivo de adaptación en las personas con Diabetes, afectando habilidades de solución de problemas, el juicio, la emoción, búsqueda de resultados, creatividad y manejo de situaciones, también se señala un efecto negativo sobre la adaptación psicosocial que puede influir en las relaciones laborales, familiares, sexuales y sociales (Salazar & Lazcano, 2007).

La intervención psicológica es parte de los trabajos interdisciplinarios que los centros de salud aportan al tratamiento de la Diabetes mellitus, la presente investigación busca sobre todo aportar al trabajo clínico que se realiza, además, comprobar bajo el método científico la existencia y posible relación entre los factores psicológicos y las consecuencias físicas de la enfermedad.

Una atención psicológica adecuada desde inicios de la enfermedad puede ayudar a mejorar la calidad y el aprovechamiento de las consultas de primer nivel que son asuntos de bajo costo y prevenir las cuestiones que generan un costo

elevado para el sistema de salud como las largas estadías de los pacientes en los hospitales para el tratamiento de complicaciones, dicha estrategia es parte del plan de acción de La Federación Internacional de Diabetes (IDF), quienes además de buscar el mejor control de la enfermedad buscan reducir los gastos generados no solo para el paciente y el manejo de su enfermedad sino también para el sistema de salud en general.

Los nuevos modelos de atención en Diabetes tienen como objetivo otorgar al paciente las herramientas necesarias para manejar su enfermedad a través de un equipo multidisciplinario que brinda educación y apoyo en las distintas etapas de la evolución de la enfermedad (ADA, 2007; Anderson & Funnel 2004).

Llevar a cabo la presente investigación, acercándonos al tratamiento de la Diabetes y empatándole con los rasgos de Somatización generaría un punto efectivo en la intervención multidisciplinaria y la recuperación del paciente crónico en cuestión psicológica y médica.

Identificando los trastornos psicológicos asociados a la Diabetes y en especial asociando el trastorno de Somatización como exacerbante de síntomas físicos en el paciente con Diabetes mellitus podemos subrayar la importancia de la esfera psicológica en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas

Se vuelve entonces importante investigar bajo rigor científico los rasgos psicopatológicos de las personas con Diabetes mellitus crónica no sólo con el objetivo de aportar a los avances en su tratamiento médico y psicológico, sino también con la intención de acentuar la necesidad de dotar al paciente de herramientas “psicológicas” para el manejo adecuado de la enfermedad y así evitar las consecuencias crónicas del padecimiento.

Objetivo General

El estudio y entendimiento de los aspectos psicológicos de los pacientes con la enfermedad crónica auxilia a la comprensión de lo que la persona piensa de su padecimiento y su condición, como psicólogos de la salud trabajamos sobre esas ideas y buscamos influir en favor de su salud física y psicológica.

La relación de los trastornos psicológicos y de Somatización con la Diabetes enlaza dos dificultades por las que los pacientes pudieran estar atravesando, por un lado la cuestión física y lo relacionado con el aspecto médico- biológico de la enfermedad; por otro lo referente a la esfera psicológica y social de la persona.

Por tal motivo, analizar los síntomas de Somatización expresados por los pacientes de los grupos de investigación (pacientes con Diabetes mellitus crónica en control de su enfermedad y pacientes con Diabetes mellitus crónica en descontrol de su enfermedad), se vuelve el objetivo general de la presente investigación.

Se entenderán los síntomas de Somatización a los síntomas relacionados con malestares percibidos y relacionados con diferentes disfunciones corporales como cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias los cuales no se explican por la presencia de Diabetes mellitus y se asocian con la presencia de otros síntomas psicológicos.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales síntomas psicológicos por los que atraviesan los pacientes con Diabetes controlada, descontrolada y sin Diabetes.
- Determinar si existen diferencias entre los niveles de Somatización de los tres grupos (diabetes controlada, descontrolada y sin diabetes).
- Encontrar el tipo de asociación que existe entre los síntomas de Somatización y los niveles de glucosa en la sangre del paciente con Diabetes.

Pregunta de Investigación

La principal pregunta de investigación se puede contestar en relación a los objetivos específicos con las siguientes cuestiones:

- 1) ¿Cuáles son las diferencias en los niveles de Somatización dentro de los tres grupos investigados (Diabetes controlada, descontrolada y sin Diabetes)?
- 2) ¿Las personas con Diabetes Mellitus crónica presentan mayores síntomas de Somatización en comparación con pacientes sin la enfermedad crónica?
- 3) ¿Existen diferencias en los niveles de síntomas de Somatización presentados por los pacientes con Diabetes crónica controlada (igual o menor a 126 mg/dl) y Diabetes descontrolada (mayor a 126 mg/dl)?
- 4) ¿Cuál es la asociación entre los niveles de glucosa en la sangre y los síntomas de Somatización en pacientes con Diabetes mellitus crónica?

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Concepción de la Psicología de la Salud

La salud es entendida como toda aquella condición que abarca nuestro cuerpo y en la cual el organismo ejerce normalmente todas sus funciones alcanzando el nivel más alto de bienestar físico, social y psíquico.

La Psicología por su parte se centra en el estado de la mente y la conducta, tomando en cuenta aspectos de pensamiento, sentimientos y percepciones. Debido a que la mente y el cuerpo trabajan en conjunto produciendo salud física y mental, el campo de la Psicología de la salud tiene entonces importantes y lógicas contribuciones en ambas ciencias.

El estudio del cuerpo y la mente como dos aspectos separados en salud cambió con los primeros trabajos de Sigmund Freud sobre la conversión de la Histeria con el caso de Anna O a finales de siglo XIX. Freud se basó en la idea de que los conflictos inconscientes podían producir desordenes físicos los cuales significaban la represión psicológica del conflicto en sí.

Para el psicoanálisis de aquel tiempo, la aparición de estos síntomas somáticos obedecían a un asunto simbólico, es decir, el síntoma expresaba simbólicamente un conflicto inconsciente (Uribe, 2006). Desde este punto de vista se planteó la hipótesis psicosomática en la cual los síntomas corporales pueden tener como causa un bloqueo de la expresión emocional (Sarason & Sarason, 1996; González & Landero, 2006).

Medicina Psicosomática

La medicina psicosomática busco develar los factores mentales y de personalidad en el desarrollo de las enfermedades por lo que dio un enfoque integral de la salud y la enfermedad dejando a un lado aspectos exclusivamente orgánicos.

Inició en 1930 y desencadeno la composición de la Psicología de la Salud. Dunbar (1935) y Alexander (1939) a diferencia de Freud creían que los problemas físicos no provenían de un conflicto específico si no que se debían a patrones de personalidad, por ejemplo; una persona puede ser propensa a generar una úlcera debido a una continua represión de las emociones, una dependencia emocional y una búsqueda de aceptación, esta búsqueda le genera Ansiedad, misma que es comunicada a través del sistema nervioso, estos cambios psicológicos generan entonces cambios orgánicos y por ende puede llegar a generar síntomas de una enfermedad.

Así es como Dunbar y Alexander dan pie a la medicina psicosomática explicando cómo los conflictos emocionales podían repercutir en úlceras, hipertiroidismo, artritis reumatoide, hipertensión, dermatitis, colitis y asma.

Hoy en día se da por hecho que este tipo de enfermedades afectan diferentes sistemas del organismo humano como los son el sistema inmunológico, el sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema gastrointestinal, neurosensorial, musculo-esquelético, aparato genitourinario, la piel y alergias.

Psicología Médica

Es influenciada directamente por la medicina psicosomática y por el papel que tiene la represión y los conflictos psicosexuales en el desarrollo de las enfermedades, es decir, determinantes psicológicos como los conflictos no resueltos, vivencias y necesidades persistentes entre otros, podían ser el precursor para ciertas enfermedades de expresión somática (Morales, 1999).

Bejarano en 2009 explica como la Psicología médica se interesó por la situación psicológica de la persona enferma y dio lugar a la Psicología clínica de la salud cuyo foco de atención es la comprensión y la modificación de las condiciones psicológicas de la persona enferma.

Otras cuestiones de índole más social fueron tratadas por primera vez durante esta época, por ejemplo, la relación médico – paciente, la cual empezó a incluirse en la formación de los médicos y enfermeras.

Inician también estudios sobre el cumplimiento de tratamientos recomendados para los enfermos, Janis en 1958 aporta trabajos sobre la importancia de la preparación psicológica de un paciente que va ser intervenido quirúrgicamente y como dicha preparación favorece la evolución y evita la ocurrencia de complicaciones.

La Psicología médica fue definida entonces como la disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica (Bustamante, 1982).

Medicina Conductual

Surge a partir de la Psicología médica y el análisis experimental de la conducta en los sesentas bajo los principios del condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental, subraya el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades.

Blanchard (1982) refiere tres acontecimientos importantes que tuvieron que ver en la creación de este campo.

- 1) El conjunto de técnicas de tratamiento diseñadas para cambiar el comportamiento de los pacientes las cuales habían sido utilizadas con éxito en personas con problemas mentales y que habían comenzado a utilizarse ante otros problemas médicos como la obesidad y los hábitos de tabaco.
- 2) El desarrollo de la bio retroalimentación la cual hacia posible comprobar cambios fisiológicos en funciones corporales.
- 3) La atención dirigida a las principales fuentes de mortalidad de los adultos como las enfermedades cardiovasculares y el Cáncer. También se puso atención en las vías a través de las cuales los cambios en el comportamiento podían desempeñar un papel útil en el tratamiento y prevención de esas enfermedades (Morales, 1999).

Así pues, Schwartz y Weiss definen la Medicina conductual en 1978 como el campo relacionado con el desarrollo de conocimiento y técnicas de ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de dichas técnicas y conocimientos en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

De esta forma el trabajo conductual toma un carácter formal en la Medicina al visualizarse como un campo de acción de diferentes disciplinas para la integración del conocimiento biomédico y psicosocial para el diseño y práctica de procesos preventivos y de tratamiento.

Esta visión global acerca de la salud y el interés en la perspectiva del enfermo daría paso en la siguiente década a la Psicología de la Salud como la conocemos ahora.

Psicología de la Salud

Se puede considerar a la Psicología de la salud como una corriente joven ya que Matarazzo asigna el término “Psicología de la Salud” apenas en 1982 y lo define como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema sanitario y la formación de políticas sanitarias.

Esta definición también es utilizada por la Sociedad Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés).

Es en estos procesos de salud - enfermedad donde intervienen estados multi factoriales y multi determinantes, como lo es la importancia de aspectos afectivos emocionales, motivacionales, psicofisiológicos, psicosociales y biológicos los cuales deben ser tomados en cuenta para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, sobre todo en aquellas de carácter crónico (Godoy, 1990; Pompa, 2011).

Engel en 1977 planteó un modelo alternativo al biomédico llamado “modelo biopsicosocial” y apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Planteó hipótesis sobre la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento: “El modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, por ejemplo el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud” (Oblitas, 2008).

El modelo Biopsicosocial se convirtió en el fundamento teórico y agenda para la investigación básica y clínica en la Medicina, enfermería y campos de las ciencias sociales entre las que destaca fundamentalmente la Psicología. Un ejemplo

representativo, entre muchos otros, es el texto de Ogden en 2007. Ogden en el primer capítulo del texto describe la orientación teórica y definición de la Psicología de la salud, señalando detenidamente la contraposición de sensibilidad entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial en los siguientes aspectos o preguntas básicas:

- Qué causa la enfermedad.
- Quién es el responsable.
- Cómo debe ser tratada.
- Qué relación existe entre la salud y la enfermedad.
- Cuál es la relación mente- cuerpo.
- Qué papel juega la psicología en el tratamiento de la enfermedad (Garzón & Seoane, 2010).

Las contribuciones más visibles al campo de la salud desde el punto de vista psicológico han sido lo relacionado a la Psicología de la salud colectiva, el estrés y el apoyo social, la atención psicológica a enfermos crónicos, los cuidados prenatales, la adicción a las drogas como el alcohol y la nicotina, la atención en caso de desastres, las patologías psicológicas y su dimensión social y una novedosa incursión en el manejo y perspectivas de los servicios de salud.

Sus áreas de aplicación (por mencionar algunas) han sido en el Cáncer, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, trastornos del sueño, asma bronquial, VIH sida, fibromialgia, síndrome del intestino irritable y por supuesto Diabetes y más enfermedades crónicas y agudas.

El alcance de la Psicología de la Salud sigue creciendo y se remarca la necesidad de seguir aportando a la investigación, la prevención, educación y la intervención en pacientes enfermos, además de la promoción de hábitos saludables y de conductas preventivas para la población no enferma (Bejarano, 2009).

Psicología de la Salud en Enfermedades Crónicas

En la actualidad un 50% de la población tiene alguna condición crónica que requiere manejo médico, estas condiciones van desde las más “leves” hasta los tratamientos de por vida en enfermedades severas como el Cáncer, enfermedades coronarias y Diabetes.

La salud es definida por la OMS desde 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, así la salud deja de ser un aspecto solamente médico- biológico y da pie a parámetros como el bienestar emocional y social en las personas enfermas.

La calidad de vida, la reacción psicológica al padecimiento, el esfuerzo del paciente para manejar su enfermedad y sus esfuerzos de adherencia al tratamiento son algunos aspectos que más toma en cuenta la Psicología de la Salud para con las enfermedades crónicas ya que son padecimientos que no tienen una cura pero que sin duda necesitan de asistencia para su manejo.

Dichas enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar y un abordaje Biopsicosocial ya que los factores sociales tienen relevancia en el paciente y junto con los aspectos psicológicos se vuelven fundamentales para su tratamiento, la necesidad del apoyo psicológico es claro y desde el momento del diagnóstico es pertinente contar con apoyo por la pérdida de la salud y aunarlo a explicaciones adecuadas de la enfermedad manifestada.

El psicólogo como trabajador de la salud debe alentar al paciente a llevar el tratamiento más adecuado según su enfermedad, en el caso del paciente con Diabetes mellitus crónica ayudarle durante las consultas a generar los cambios pertinentes en su vida como lo son el cambio de dietas, el ejercicio rutinario y la toma oportuna de medicamentos.

Diabetes

Definición y clasificación

Definición

La Organización Mundial de la Salud en 2012 define la Diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (la insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre).

Etiológicamente se considera que hay una serie de factores genéticos, inmunológicos, e incluso ambientales, que contribuyen a la destrucción de las células beta del páncreas que normalmente son las encargadas de producir la insulina, hormona que controla la concentración de glucosa en la sangre, al regular su producción y almacenamiento. En las personas con Diabetes, el páncreas deja de producir insulina o la produce de manera insuficiente, o defectuosa (Bermúdez, Cano & Pineda, 2004).

Sintomatología

Entre los síntomas principales de la enfermedad encontramos la polidipsia (sed insaciable), polifagia (hambre constante), la poliuria, que es una excreción excesiva de orina, además de la pérdida de peso, los problemas visuales y el cansancio, todos estos síntomas pueden aparecer repentinamente de acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS, 2011).

Clasificación

Aunque existen diferentes tipos de Diabetes la mayoría se concentran en dos clasificaciones; Diabetes tipo 1 o insulino dependiente, causada por la destrucción de las células beta del páncreas dando lugar a una deficiencia absoluta de insulina, este tipo de diabetes suele debutar durante la adolescencia, pero puede aparecer a cualquier edad tanto en niños como en adultos jóvenes.

Diabetes tipo 2 o no insulino dependiente, es la Diabetes del adulto, en este tipo de Diabetes el cuerpo no produce suficiente insulina o las células ignoran la insulina la cual es necesaria para que la glucosa sea convertida en energía para el cuerpo, cabe decir que el 90 % de las personas padecen de Diabetes tienen del tipo dos.

La Diabetes Gestacional aunque en proporción mucho más pequeña es un estado hiperglucémico que aparece durante el embarazo, sus síntomas son similares a los de la Diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales (OMS, 2011).

Epidemiología

ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición comparte información y permite contar con evidencia para la planeación y evaluación del desempeño y condiciones de salud y nutrición, además ofrece información que constituye un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de los mexicanos así como sobre la respuesta del sistema de salud a estas condiciones y los resultados alcanzados.

Este sistema de información de salud fue puesto en marcha desde 1986 y se toman en cuenta los últimos números publicados por el Instituto Nacional de Salud Pública de México a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada cada 6 años.

En cuanto a los números de la Diabetes mellitus, la publicación realizada en 2000 mostraba un total de 5.8% de personas con diagnóstico médico previo de Diabetes los cuales aumentarían a 7% en 2006 hasta llegar a un 9.2% en la encuesta realizada en 2012, dichos resultados muestran un visible incremento en comparación con la proporción reportada en años anteriores.

La Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición en México (ENSANUT) colocaba a la Diabetes en 2006 con 4.3 millones de personas afectadas, estos números aumentaron en un 30% hasta llegar a 6.4 millones según los resultados de la misma encuesta realizada en 2012, de las personas afectadas con la enfermedad 1.6 millones tienen un control adecuado y 1.8 millones ya presentan alguna complicación como fallas renales, amputaciones, infartos o cegueras.

Se observó que un poco más de 80% de las personas con diagnóstico médico previo de Diabetes recibe tratamiento médico para su control, lo cual se mantuvo relativamente constante entre las encuestas de 2006 y 2012.

Los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012, esta mejoría se asocia con un diagnóstico más temprano y con un incremento en el uso de insulina para el tratamiento.

En cuanto al tipo de tratamiento, cerca de 13% de los pacientes con Diabetes reportó estar recibiendo insulina, ya sea como único tratamiento o en combinación con pastillas. Esta proporción representa un incremento importante en relación con la ENSANUT 2006 donde esta proporción fue de 7.3%.

En comparación por grupo de edad para 2000, 2006 y 2012, tanto en hombres como en mujeres se observa un ligero incremento en el diagnóstico de Diabetes mellitus conforme aumenta la edad; después de los 50 años este aumento es mayor en 2012.

Las mujeres son las más afectadas por la Diabetes, la población femenina que está por encima de los 60 años reporta una prevalencia de la enfermedad de 26%, es decir, existe un incremento muy marcado ya que la encuesta realizada en 2006 daba como resultado un 19%, en las edades de 40 a 59 años se encontró que 14% tiene el padecimiento, 40% más que en 2006 cuando fue 10%.

Es interesante como para los hombres las cifras se mantuvieron igual que en la encuesta de 2006, existe una prevalencia del 15% para los mayores de 60 años y 9% para los que tienen entre 40 y 59 años.

La encuesta 2012 encontró que las mayores prevalencias del padecimiento están principalmente en siete entidades de la república: Distrito Federal (12.3 %), Nuevo León (11.4 %), Veracruz (10.6 %), estado de México (10.5 %), Tamaulipas (10.3 %), Durango (10.2 %) y San Luis Potosí (10 %), las cuales rebasan el promedio nacional de 9.1%.

Es neceser del Psicólogo de la salud lo relativo a el control que se tiene sobre el padecimiento, esta misma encuesta afirma que el grado de control glucémico dio un avance con respecto de los datos de la ENSANUT 2006, cuando de 4.2 millones de enfermos sólo 200 mil dijeron estar bajo control, hoy en día de los 6.4 millones de adultos que se saben diabéticos 1.6 millones está en control metabólico y aunque todavía es insuficiente (pues los estándares internacionales señalan que la mitad de los pacientes deberían mantener niveles normales de glucosa) da razón a los esfuerzos realizados en el área de salud en los últimos años conforme al tratamiento de la Diabetes, su detección y por supuesto su prevención.

Diagnóstico

Para la Asociación Americana de Diabetes Mellitus (ADA 2003) el diagnóstico de la enfermedad crónica está basado en los siguientes criterios:

- 1) Concentración de la glucosa en plasma medida al azar o casualmente igual o superior a 200 mg/dl, acompañada de síntomas de Diabetes, esta medición al “azar” significa que se hace a cualquier momento del día a diferencia de otras mediciones e independientemente que se haya tomado alimento o no.
- 2) Glucosa plasmática en ayunas (GPA) igual o mayor a 126 mg/dl, medición hecha en ayuno (un mínimo de 8 horas sin ingerir alimento).
- 3) Glucosa en sangre igual o superior a 200 mg/dl cuando se mide 2 horas después de ingerir por vía oral 75 gr de glucosa (GP- 2H), conocida como prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

Tabla 1. Criterios bioquímicos de diabetes (ADA)

Concentración de glucosa mg/dl	Estado
70 – 99 en ayuno	Normal
100 – 125 en ayuno	Alteración de la glucosa en ayuno
>126 (dos ocasiones) en ayuno	Diabetes mellitus
>200 (casual) más poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso	Diabetes mellitus

Hemoglobina Glucosilada

La hemoglobina glucosilada representa el mejor control glucémico a largo plazo, ya que registra los niveles de glucosa en sangre en un periodo de tres meses anteriores al momento de realizarse la prueba.

Esta temporalidad es de suma importancia para el control de la enfermedad ya que algunos pacientes respetan la dieta y el tratamiento unos días antes de sus pruebas de control y suelen presentar valores normales de glucosa sin que sean necesariamente los mismos que se tuvieron durante el mes.

Por otra parte la glicemia en ayunas y glicemia postprandial no revelan el verdadero estado de control glucémico del paciente, ya que son el resultado del nivel de glucosa en ese momento exclusivamente (Ayaviri, Caballero & Lino, 2009).

Específicamente la prueba es un porcentaje de azúcar en la sangre durante los tres meses previos y los niveles de las 2 semanas recientes.

Para la Asociación Americana de Diabetes los balances de la prueba hemoglobina glucosilada (HbA1c) son:

Tabla 2. Balance de prueba Hb1c ADA

Estado	% Hemoglobina Glucosilada
Optimo	<6
Aceptable	de 6 a 7
Deficiente	>7

La siguiente tabla establece los promedios de glucosa en sangre en relación a los resultados de la aplicación de la prueba de hemoglobina glucosilada.

Tabla 3. Porcentaje de hemoglobina glucosilada en relación a glucosa en sangre de acuerdo a ADA

% HbA1c	Promedio de glucosa en sangre (mg/dl)
4	60
5	90
6	120
7	150
8	180
9	210
10	240
11	270
12	300
13	330

Aspectos biomédicos

Objetivo del tratamiento

La intervención está dirigida al control de la enfermedad ya que aún no se puede hablar de una curación completa de la Diabetes. A través del tratamiento se busca principalmente adecuar los niveles de glucosa, de colesterol, triglicéridos, presión arterial, incrementar el conocimiento de la enfermedad, incorporar técnicas de autocuidado, estimular la pérdida de peso, mejorar la percepción de la calidad de vida y por supuesto prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

Componentes del tratamiento

La Secretaría de Salud de México publica en el Diario Oficial de la Federación del 2010 “La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitus”, un programa terapéutico para el adulto mayor con Diabetes.

Se plantea un programa terapéutico a largo plazo tomando en cuenta los siguientes aspectos: valoración de la expectativa de vida, la existencia de complicaciones propias de la Diabetes, la presencia de trastornos neuropsiquiátricos o problemas médicos coexistentes y la cooperación del paciente para comprender el programa terapéutico.

El programa está ajustado a tratamientos donde el ejercicio y la dieta son la base para mantener un adecuado control de glucosa, el manejo farmacológico inicia cuando el médico lo juzgue apropiado, puede ser con el fin de alcanzar metas de control en la brevedad posible e incluso desde el momento de diagnóstico.

El programa evalúa y ejecuta aspectos relacionados a los siguientes:

- a) Autocontrol frecuente de la glucosa.
- b) Terapia médica nutricional.
- c) Ejercicio.
- d) Manejo farmacológico.
- e) Educación continua y evaluación periódica.

En la Tabla 4 se pueden observar en conjunto las recomendaciones de la Subsecretaría de prevención y promoción de salud para personas con Diabetes mellitus.

Tabla 4. Normas mínimas recomendadas para la atención y control del paciente con diabetes de la Subsecretaría de prevención y promoción de salud.

Indicador	Recomendaciones
Actividad física	Recomiendan actualmente por lo menos 30 minutos de actividad física para adultos y por lo menos 60 minutos de actividad física intermitente para los niños.
Consejería nutricional	Hacer hincapié en una alimentación correcta como un componente de rutina de cuidado de la diabetes.
A1C(<7)	Test trimestrales si el tratamiento tiene cambios en los objetivos; de prueba por lo menos 2 veces / año si es estable.
Microalbuminuria	Prueba anual de microalbuminuria si el análisis de orina es negativo para proteína.
Examen de la vista anual	Examen cada año
Presión arterial <130/80	Examen cada consulta de Diabetes
Perfil Lipídico	Examen cada año (si los valores son normales disminuir su frecuencia).
Exploración de los pies	Examen cada año (entre más frecuente, disminuirá el riesgo de padecer complicaciones).
Peso	Cada visita
Dejar el tabaco	Hacer hincapié en la cese e incluir consejería y otras formas de tratamiento como un componente de rutina de cuidado de la diabetes.
Monofármacos preventivos	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirina con capa entérica (81-325 mg /día) como prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares. - Pravastatina 40mg para personas con diabetes e hipertensión arterial independientemente de los niveles de lípidos. - Metformina 850 mg dos veces al día en personas con obesidad abdominal y glucosa entre 100 y 125 mg

Complicaciones de la Diabetes

El efecto de la Diabetes no controlada (niveles elevados de glucosa en sangre por tiempo prolongado) puede producir complicaciones graves a largo plazo, la organización mundial de la salud señala que con el tiempo, la Diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

Estas complicaciones suelen aparecer varios años después de haber sido diagnosticada la persona con Diabetes, pero también existe un factor hereditario que puede hacer más susceptible al individuo ante la aparición de ciertas complicaciones.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad sistémica y crónica, si bien tiene un cuadro clínico caracterizado por síntomas típicos, se manifiesta sobre todo por sus complicaciones tanto micro como macrovasculares (Litwak, Lovazzano & Vanoli, 2007).

El sistema endocrino es un sistema de coordinación y regulación del cuerpo, este recibe señales, procesa información y elabora la respuesta adecuada que deben realizar los órganos receptores de las hormonas.

La hiperglucemia, principal trastorno metabólico de la Diabetes, produce lesiones en diferentes órganos blanco comprometiendo la estructura y función del endotelio. Dichas alteraciones están extendidas en el cuerpo y ocasionan el desarrollo de nefropatía, retinopatía, neuropatía, miocardiopatía y enfermedad macrovascular.

La Asociación Mexicana de Diabetes (AMD) diferencia dos tipos de complicaciones; agudas y crónicas.

Complicaciones agudas

a) Cetoacidosis.

Sucede en personas con Diabetes tipo 1 cuando no hay insulina suficiente en la sangre, en consecuencia la glucosa no entra en las células y se acumula en la sangre, como las células no pueden utilizar glucosa, obtienen energía de otras sustancias lo que deja residuos ácidos en la sangre, el organismo trata de eliminar estas sustancias aumentando la pérdida de agua, si no se inicia un tratamiento se puede llegar a perder el conocimiento (coma diabético).

b) Coma hiperosmolar.

Ocurre en personas con Diabetes tipo 2 muy descompensadas, generalmente se llega a este estado después de varios días con glucosa muy alta y orinando muy frecuentemente sin reposición suficiente de agua, lo que lleva a una deshidratación importante. Sus síntomas incluyen decaimiento general, somnolencia que puede llegar a la pérdida del conocimiento, sed intensa y poliuria.

Si no se detecta a tiempo y se le trata adecuadamente puede terminar en un cuadro grave.

Complicaciones crónicas

Si la glucosa se mantiene elevada durante muchos años, pueden aparecer daños en distintos tejidos, órganos y en gran medida lesiones en vasos sanguíneos.

a) Retinopatía

Es una lesión de los pequeños vasos sanguíneos de la retina, causa una alteración en la visión y es una causa importante de ceguera.

Al cabo de 15 años con Diabetes, aproximadamente un 10% de pacientes sufren de un deterioro grave de la visión y un 2% de los pacientes quedan ciegos.

Los síntomas de la retinopatía incluyen; visión borrosa, sensación de ver luces o manchas, sombras o áreas sin visión y pérdida de la visión parcial o absoluta.

b) Nefropatía

Es un daño en los riñones que genera una disminución de sus funciones, se divide en etapas;

- A través de la orina se elimina una proteína llamada albúmina, esta primera etapa se conoce como presencia de microalbuminuria en orina, los niveles en esta etapa van de 30 a 300 mg/día.
- En una segunda etapa la presencia de albuminuria es más notable con niveles menores a 300 mg/día, esta etapa ya se considera como “insuficiencia renal” y se presentan síntomas como: Náuseas, espuma en la orina y extremidades hinchadas, del 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.

c) Neuropatía

La neuropatía diabética es una lesión de los nervios que llega a afectar a un 50% de los pacientes, se distinguen síntomas neuropáticos periféricos y viscerales.

La neuropatía periférica genera una sensación de entumecimiento, dolor, hormigueo o ardor en el área de las piernas, existe una pérdida de sensibilidad, adelgazamiento en las piernas y un intenso dolor de espalda, hay pérdida del equilibrio, audición o inclusive una parálisis facial.

La neuropatía visceral produce síntomas como incontinencia, estreñimiento, diarrea periódica, mareos, sudoración excesiva e impotencia sexual.

La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.

d) Disfunción eréctil

Es la incapacidad que tiene un hombre para lograr o mantener una erección adecuada al depender esta de acciones coordinadas de músculos, nervios y vasos sanguíneos para alcanzar una actividad sexual óptima. Esta complicación se presenta en el 50-75% de las personas que padecen Diabetes.

e) Pie diabético

La mala circulación y la falta de sensibilidad en los pies de las personas con Diabetes generan peligro incluso en lesiones pequeñas las cuales pueden difíciles de cicatrizar. Al omitir las debidas precauciones las lesiones pueden requerir amputación.

La Diabetes aumenta el riesgo de cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, además tienen una incidencia creciente de aterosclerosis coronaria, vascular periférica e hipertensión, además de las anomalías en el metabolismo de las lipoproteínas y enfermedad periodontal que también son frecuentes.

En los pacientes con Diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin Diabetes, por lo que para evitar cualquiera de las complicaciones de la diabetes la Asociación Mexicana de Diabetes (ADA) especifica que es fundamental llevar un buen control de glucosa en sangre, apegarse al tratamiento, realizar actividad física, una buena alimentación y entendimiento de la enfermedad.

Aspectos psicológicos de los pacientes con Diabetes

La Diabetes es una condición crónica que no solo afecta la salud física del paciente, también constituye una condición que requiere cambios en el estilo de vida y que influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial de quienes la padecen (Bermúdez et al, 2004).

Las primeras investigaciones acerca de la psique del paciente con Diabetes intentaban encontrar características específicas en quien padece la enfermedad. Surge entonces el mito de la "personalidad del diabético" a principios del siglo XX, con la esperanza de encontrar una personalidad específica que implicara un alto riesgo de padecer Diabetes y que ofreciera por tanto la posibilidad de prevenirla modificando dichas características. Cuando fracasó este intento, el interés se centró entonces en la posibilidad de que se desarrollara una personalidad del diabético como consecuencia de la enfermedad (Portillo, Romero & Román, 1991).

La Diabetes, por su condición de cronicidad, características de su tratamiento, aparición en determinados momentos de vida, la dependencia del sistema sanitario, la implicación familiar, los cambios de estilos de vida, las implicaciones laborales y la posibilidad de causar complicaciones severas, produce consecuencias psicológicas y sociales reconocidas ya por las organizaciones internacionales encargadas del estudio de la enfermedad y que han sido demostradas en múltiples investigaciones, especialmente profusas en las últimas tres décadas (Miranda, 2000).

A pesar de la falta de evidencias de una respuesta psicológica generalizada, no hay dudas de que el padecer la Diabetes Mellitus genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece y pueden incidir negativamente en la adherencia al tratamiento y por tanto en su control metabólico (Portillo, Romero & Román, 1991).

La Ansiedad, la Depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, dificultades laborales y sentimientos de soledad forman parte de los problemas que con mayor frecuencia expresan los pacientes con Diabetes, se considera entonces que el cuidado del paciente debe responder a una visión multidimensional que conjunte los resultados clínicos y psicológicos (Larrison, Leal, Martin, Querol & Renovell, 2007).

La reacción a estas problemáticas es afectada por la personalidad del enfermo, el cómo se presenta la información, el historial familiar de Diabetes y los mitos o información contradictoria que el paciente maneje (Edelwich & Brodsky, 1998; Jimenez & Davila 2007).

Pareciera entonces que la gente que sufre de Diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o administrarse insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés emocional, u otros factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre (Pineda, Bermúdez & Cano, 2004).

El éxito de un tratamiento y la correcta adhesión al mismo está influenciada por el funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y social del individuo; por lo que hay que considerar a los aspectos psicológicos como factores intervinientes ya que existe una estrecha relación entre características de personalidad, manejo de conocimientos y autocontrol en el manejo eficiente de la glicemia y la calidad de vida de los pacientes.

Diagnóstico

El comienzo de la enfermedad constituye una etapa crítica de la Diabetes, la persona se enfrenta sin estar preparada a una enfermedad crónica que desajusta toda su vida y que impone un régimen riguroso de tratamiento que debe cumplirse diariamente y para lo cual no basta con tomar medicamento en algún momento del día. El paciente a raíz de la enfermedad debe reajustar toda la actividad diaria a las nuevas demandas que la enfermedad le impone. Por tanto, es necesario comprender que los aspectos psicológicos, sentimientos y comportamientos pueden interferir en la motivación y la predisposición a la incorporación de cambios en los hábitos de vida (Ferronato y col., 2007; Solano, Sumaya & Rodríguez, 2005).

Desde el momento del diagnóstico la carga psicológica se vuelve más pesada, el proceso de adaptación es de suma importancia ya que no solo se trata de la adaptación personal sino también social y familiar. Las atribuciones del paciente sobre la enfermedad y el nivel de Ansiedad son las variables psicológicas de relevancia en el proceso de adaptación a la Diabetes, dichas variables se asocian con repercusiones depresivas ante la enfermedad y el tipo de afrontamiento del sujeto ante el padecimiento (Peralta, 2011).

El duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida de salud tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad (Solano, Bonilla, Rojas & Trejo, 2005; Sumaya & Rodríguez, 2005; Ferronato & col., 2007).

Existen aspectos psicológicos y sociales determinantes que pueden favorecer o entorpecer la adaptación adecuada y el autocuidado de la enfermedad una vez diagnosticada. Estos factores pueden constituir barreras para el autocuidado (Glasgow, 1994).

En caso de no adaptarse correctamente a esta nueva situación de salud, el paciente quedará bloqueado, instalado en la indecisión y la angustia, Caplan (1980) definió esta etapa como un periodo transicional que representa tanto oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental dependiendo de la forma en que se maneje la situación y la enfermedad.

En este sentido Rocamora en 2006, habla de “puertas falsas” que sirven para crear una adaptación inadecuada, donde el estrés y carga psicológica se reducirá pero no asegurará la aceptación de la enfermedad, lo cual se entiende como el establecimiento de una relación positiva entre la persona y su nueva situación.

En el momento que el paciente sale de esta crisis es conveniente establecer si es una adaptación pasiva (rutina que exige poco esfuerzo personal) o por el contrario un afrontamiento que se caracteriza por el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos con el fin de mantener niveles óptimos de calidad de vida (López, Pastor & Rodríguez, 1990; Llorente, 2007).

La educación sanitaria sobre la Diabetes, sus cuidados y consecuencias es aún deficiente, esta situación favorece la aparición de prejuicios y temores ante la enfermedad. El pacientes con Diabetes mellitus con reciente diagnóstico se preocupa y angustia por la forma como cree se va a desarrollar su vida a partir de ese momento, no solo considera las condiciones que le impone el médico para cumplir su tratamiento sino que se agregan limitantes sugeridas por otras personas o valoradas por él lo cual hace que se perciba la enfermedad como más invalidante de lo que realmente puede ser (Portilla, Román & Romero, 1991).

Si un familiar o conocido murió por cuestiones descontroladas de la enfermedad o por otra razón y se asoció a la Diabetes como causa, el paciente puede asumir que lo mismo pasará con él, de ahí parte la importancia de la información al momento del diagnóstico ya que con frecuencia en esta etapa se desarrollan síntomas ansiosos y depresivos que requieren tratamiento.

Las personas con Diabetes mellitus tienden a adoptar un estilo de afrontamiento centrado en el problema, este incluye aquellas estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales y producir cambios motivacionales o cognitivos en el individuo que permitan optimizar su capacidad de movilizar recursos para aumentar las fortalezas personales dirigidas al enfrentamiento positivo de dificultades percibidas en la enfermedad (Bordón, Camarero, Carrió & Martínez, 2009).

Miranda en el 2000 enumera cinco factores psicológicos asociados al proceso de adaptación:

- 1) La crisis al comienzo de la enfermedad.
- 2) Las habilidades de afrontamiento a la enfermedad.
- 3) El Estrés causado por el diagnóstico, los acontecimientos estresantes en la vida del paciente y el control diario de la Diabetes.
- 4) Las características del entorno social, en cuanto a la efectividad del apoyo social para el paciente.
- 5) La relación médico-paciente que se establezca y el enfoque del cuidado del profesional de la salud.

Psicopatologías asociadas a la enfermedad

La Diabetes es un problema mundial frecuente y grave, en la mayoría de los países se ha desarrollado en paralelo a los rápidos cambios culturales y sociales, el envejecimiento de la población, el aumento de la urbanización, los cambios de dieta, la reducción de la actividad física y otros comportamientos poco saludables a los que se pudiera añadir las cuestiones psicológicas negativas.

Los cambios en la vida exigidos ante el diagnóstico de Diabetes son conocidos y junto a ellos han sido estudiadas las variables psicológicas que se generan a partir de la enfermedad, así, el Estrés, la Ansiedad y la Depresión contribuyen a descompensar el metabolismo, pues el sistema nervioso y el endocrino no actúa de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados, creando un complejo mecanismo biopsicosocial de gran influencia etiológica, desarrollo y evolución de la Diabetes mellitus (Bordón, Camarero, Carrió & Martínez, 2009).

El impacto psicológico de la Diabetes parte de la posibilidad de producir incapacidad por una parte, y por la complejidad del régimen terapéutico por otra. El tratamiento utilizado para mantener un buen control de la glucosa mejora el estado de salud y puede aumentar la calidad de vida, pero generalmente produce un impacto en los estilos de vida de las personas y cambios en los hábitos y en las rutinas. (Glasgow, 1994; Beaser, Garbus & Jacobson, 1996).

En investigaciones del tema se ha constatado que los peores controles de la glicemia se asocian con trastornos por Ansiedad, Depresión, sentimientos de rabia, hostilidad, autoconciencia y vulnerabilidad. Así mismo, se ha observado una mayor propensión a experimentar emociones negativas y gran tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo y frustración como la culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del Estrés (Feiglos, Lane, McCaskill, Parekh, Surwit & Williams, 2000).

Es así que actualmente se forma al profesional de la salud no solo para la cura médico- biológica de enfermedades, sino también para tratar a los pacientes como sujetos con demandas psicológicas y somáticas que deben tratarse con igual prontitud e importancia (Davies, 2007).

Los psicólogos de la salud en este caso, deben ser conscientes de que su responsabilidad actual va más allá del tratamiento de los trastornos mentales como categorías independiente y extender sus intenciones explicativas y de

intervención a aquellos fenómenos que implican la compleja relación entre lo psicológico y lo somático y los trastornos relacionados con dicha interacción (Borgeois, 2006; Chandrashekar & Math, 2006; Lemos, Restrepo & Londoño, 2008).

Para abordar los aspectos psicológicos por los que atraviesa el paciente con Diabetes mellitus se tomarán en cuenta las principales causas de distrés psicológico; la Depresión y Ansiedad ya que forman el núcleo de aspectos conductuales y cognitivos que alteran la estabilidad del paciente con Diabetes para llevar a cabo un control adecuado.

Depresión

Se ha visto cómo los trastornos mentales tienen elevada prevalencia entre los pacientes con enfermedades médicas (Lowe, Grafe, Kroenke, et al, 2003), tal es el caso de enfermedades como la Diabetes mellitus crónica. El panorama se agrava cuando se observa que esta relación es bidireccional, esto quiere decir que la presencia de trastornos mentales aumenta el riesgo de complicaciones de la enfermedad de base; tal es el caso de los síntomas de Depresión en el paciente medicamente enfermo (Roca & Arroyo, 1996). Se ha encontrado que dicha presencia de síntomas depresivos se asocian con una elevada morbimortalidad, de tal forma que el riesgo de muerte intrahospitalaria en estos pacientes pueden ser entre cinco y quince veces más que en pacientes sin Depresión (Von Ammon Cavanagh, Furlanetto, Creech & Powell, 2001).

Existe una extensa evidencia clínica y epidemiológica de que la Diabetes mellitus crónica tipo 2 se asocia con síntomas de Ansiedad o Depresión (Zhang, Chen & Chen, 2008; Fabián, García & Cobo, 2010) y Depresión mayor (Lustman, Penckofer & Clouse, 2007; Fabián, García & Cobo, 2010).

Las investigaciones de trastorno depresivos en pacientes con Diabetes mellitus ha sido ampliamente investigada y confirmada, tales investigaciones comparan

grupos de pacientes con Diabetes mellitus con grupos de pacientes sin Diabetes, encontrando que la población que padecía la enfermedad crónica estaba muy por encima en cuanto a los niveles de Depresión (Ali, Stone, Peters, Davies & Khunti, 2006; Hill, Hodgson, Howell, Lamson, Phelps, Seeman & Smith, 2009).

Los trastornos relacionados a la Depresión pueden empeorar las conductas de autocuidado y aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas (Wang, Tsai, Chou & Chen 2008), aunado a esto, los síntomas de la Depresión, como el bajo estado de ánimo, la fatiga, insomnio y la pérdida de interés puede exacerbar los síntomas de las enfermedad hasta convertirlos en síntomas somáticos (Basic et al. 2007).

Los problemas con el cuidado de la enfermedad generan un mayor costo en la atención pública de la salud por parte de clínicas y hospitales especializados, además de constituir un mayor riesgo al desarrollo de complicaciones crónicas de la enfermedad como la neuropatía, nefropatía y retinopatía, así mismo la Depresión aumenta la tasa de mortalidad en pacientes con Diabetes mellitus (Spek, Stoop, Pop & Pouwe, 2011).

La motivación del paciente para comer sano, hacer ejercicio, tomar medicamentos, medir los niveles de glucosa y mantener un peso corporal normal, compiten con otras motivaciones de la vida quizá más sedentarias.

Las personas deprimidas y con Ansiedad tienen menos probabilidades de cumplir con la carga adicional de recomendaciones de autocuidado de la Diabetes y los hace menos activos físicamente, menos propensos a seguir su dieta régimen y menos propensos a tomar medicamentos prescritos (Corcoran & Collins, 2009).

Esta merma de la salud provoca angustia la que a su vez genera Depresión, ambas se convierten en un agente estresante que aparece como un factor más que provocan el descontrol metabólico en el paciente con Diabetes (Chiozza, 1997; Pompa 2011).

Es tal el impacto del padecimiento de la enfermedad que altera los procesos de salud mental individual y familiar asociándose en muchos casos a cuadros depresivos, a partir de la angustia que se genera al padecer una enfermedad crónica que no desaparece una vez instaurada en la vida del sujeto (Carnethon, Kinder, Fair, Stafford & Fortmann, 2003; Pompa, 2011).

Las personas diagnosticadas con Diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar síntomas depresivos como reacción las cuales llevan al paciente a asumir una actitud de descuido para su condición, lo que genera una Diabetes descontrolada y por supuesto cambios en el estado de ánimo (Dávila & Jiménez, 2007), una teoría para explicar la relación entre ellas es que la Depresión puede ser una respuesta al estrés psicosocial causado por la Diabetes y su manejo en restricciones de dieta, carga económica y fluctuaciones en el estado de ánimo por los síntomas (De Groot et al., 2001).

Para algunos pacientes con Diabetes el saberse proclives o incluso ya contar con cuadros depresivos o ansiosos los lleva a reducir el nivel general de funcionamiento y aumentar el conocimiento de sus limitaciones y síntomas físicos lo cual tiene un efecto negativo para su control metabólico, al contrario de pacientes que lo llegan a usar como aliciente para mejorar su control y por ende su salud (Webb, 2005).

Conocer el valor de las variables psicológicas, así como las variables relacionada con el autocuidado y con el control metabólico en los pacientes con Diabetes puede ayudar a diseñar intervenciones psicológicas dirigidas no solamente para disminuir la sintomatología y retrasar la aparición de complicaciones y discapacidad, sino también a mejorar la percepción de su calidad de vida, incorporando los aspectos físico, psicológico y social del bienestar (Oviedo & Reidl, 2007).

Ansiedad

Lazarus (1966) define la Ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno el cual es evaluado por éste como amenazante o superior a sus recursos por lo cual pone en riesgo su bienestar.

Diversos estudios reportan que los pacientes con Diabetes no solo son afectados físicamente, sino también desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva a un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de quienes lo padecen. Una de estas alteraciones emocionales son los cuadros de Ansiedad o angustia que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad y nerviosismo, entre otras conductas reactivas (Vásquez, Whetsell & Zavala, 2006).

Los síntomas de Ansiedad, usualmente relacionados al estrés, han demostrado estar significativamente asociados con una conceptualización negativa de la Diabetes mellitus. En especial una percepción mayor de síntomas presentes, un mayor número de complicaciones y menos control sobre la enfermedad crónica (Paschalides et al., 2004).

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la Ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, activando el circuito fisiológico característico del estrés.

Se ha evidenciado que un mejor manejo de la Ansiedad ayuda a mantener niveles óptimos de glucosa en sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud (Paschalides et al., 2004). Además, el manejo adecuado de la Ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo cual resulta en un mayor cuidado de la Diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida (Dávila & Jiménez, 2007).

Una buena medición del malestar emocional en pacientes con Diabetes se llevó a cabo mediante el estudio DAWN que se desarrolló en el 2001, siendo el mayor estudio global sobre aspectos psicosociales de la Diabetes. Se realizó en trece países y reportó que aproximadamente la mitad de las personas con Diabetes mellitus entrevistadas sentían una gran ansiedad debido a su peso, miedo de que su enfermedad empeorara y una gran preocupación de sufrir episodios hipoglucémicos (Snoek et al., 2001; Peyrot, Rubin, Lauritzen, Snoek, Matthews et al., 2005).

Las reacciones emocionales como la Ansiedad y la tristeza que el paciente experimenta ante estresores extremos pueden generar cambios en el nivel de actividad física, menor seguimiento de plan alimenticio y de la toma de medicamentos (Lin, Katon, Von, Korff, Rutter y col., 2004).

En la medida en que resulta imposible curar la Diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma la enfermedad, la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas (Lane, 2000).

En cuanto a la asociación entre Diabetes y Ansiedad, De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2006) llevaron a cabo un estudio ex post facto transversal con 100 pacientes con Diabetes tipo II en edades de entre 26 y 78 años utilizando la escala ESCAVIRIS, el 43% de la muestra cursó algún grado de deterioro en áreas sobre todo psicosociales que incluyen la Ansiedad y un 15% mostro un deterioro severo en esta área que incluyen aspectos emocionales como Ansiedad, Depresión, temores, preocupaciones y algunos elementos de interacción social.

Trastorno de Somatización

La bibliografía sobre el trastorno de Somatización es amplia y en su mayoría inicia con una misma idea; la dificultad para definirlo de manera adecuada.

El concepto de Somatización no tiene un solo significado, por el contrario ha sido definido de distintas formas (De Gucht & Maes, 2005; Gozález & Landero, 2006);

- a) Como la expresión somática de un desorden psiquiátrico, implicando una relación causal entre Somatización y distrés psicológico.
- b) Como una categoría diagnóstica, llamado desorden o trastorno de Somatización, caracterizado por la presencia de múltiples síntomas somáticos, reflejados en diferentes sistemas del cuerpo.
- c) Como referencia de síndromes somáticos funcionales, caracterizados por la presencia de grupos específicos de síntomas somáticos; la característica común de las diferentes definiciones es la presencia de síntomas somáticos que no se explican de manera adecuada por diagnósticos médicos.

Los criterios que manejan en común las distintas referencias encontradas; es la relación mente - cuerpo en la Somatización, la cual desde tiempos antiguos se había observado con la asociación entre el estado físico y psicológico del ser humano en la génesis y el mantenimiento de enfermedades, sobre todo las infecciosas, lo cual fue reconocido por la célebre frase de Hipócrates en el año 400a.C. “mente sana, cuerpo sano” (Lemos, Restrepo & Londoño, 2008).

Alvarado y colaboradores publican en 2010 algunas causas por las cuales pueden surgir síntomas somáticos médicamente no explicados:

1. Debido a los procesos fisiológicos asociados con las reacciones emocionales intensas y sostenidas en el tiempo, especialmente si estas son reprimidas o la persona no tiene capacidad para identificarlas.
2. El refuerzo ambiental de la conducta enferma.
3. Procesos de autosugestión donde contribuyen creencias y expectativas culturales.
4. Identificación con modelos enfermos.
5. Consecuencias ignoradas de variables ambientales y hábitos no saludables.

Además se agregan la influencia de los factores genéticos, temperamentales y biológicos (Álvarez & Moral, 2009) y las experiencias infantiles de abuso y maltrato (Karvonen, Veijola, Kantojärvi, Miettunen, Eke-lund, Lichtermann, Läksy & Joukamaa, 2006).

Cardenal y Oñoro (1999) apoyan el principio de multicausalidad para la consideración etiológica de la enfermedad: muchos de los factores genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos y emocionales interactúan contribuyendo a la aparición de un trastorno físico (González & Landero, 2006).

Los trastornos somatomorfos están constituidos por la presencia de síntomas físicos que no pueden explicarse en su totalidad por una condición médica general. Se puede decir que su estudio y análisis proviene de la histeria y la hipocondría los cuales han sido síndromes identificados desde la antigüedad y conceptualizados como enfermedades con síntomas físicos y psíquicos diversos, sin embargo hay poca semejanza con las clasificaciones y definiciones actuales (Moral, 2011).

Histeria

Paul Briquet fue el primero en estudiar el síndrome caracterizado por múltiples síntomas somáticos a los cuales llamo Histeria y la describió como un cuadro psicopatológico caracterizado por frecuentes quejas sexuales y síntomas de dolor que se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres (Briquet, 1859; Alvarado et al., 2010).

En su obra “Tratamiento clínico terapéutico de la Histeria” de 1859, Briquet describió un cuadro psicopatológico en forma de histeria en la cual los pacientes presentaban una conducta extravagante y emocional (Chorot & Martinez, 1995). A partir de entonces, la descripción de este síndrome clínico ha sido la base de la cual se ha ido configurando, a través de los diferentes sistemas diagnósticos, el actual trastorno de somatización (Belloch & López, 2002).

Bajo la denominación de histeria o síndrome de Briquet se define un trastorno caracterizado por la existencia de un patrón recurrente de síntomas pertenecientes a diferentes sistemas orgánicos y asociados con malestar psicológicos, no pudiendo asociarse a una enfermedad física que los justifique adecuadamente (Cloninger, Martin, Guze & Clayton, 1986; Guze & Perley, 1963; Perley & Guze, 1962).

El concepto de Histeria de Briquet fue desarrollado después por Purcell y otros en 1951 y operacionalizado por Perley y Goze quienes afirmaban que el trastorno no solo se caracterizaba por la presencia de múltiples quejas somáticas sino también por síntomas ansiosos y depresivos. A partir de este último trabajo se conformaron los criterios diagnósticos de los que parten las clasificaciones actuales y el nutrido trabajo epidemiológico sobre el trastorno de Somatización (Perley & Guze, 1962), son estas clarificaciones y delimitaciones lo que facilitarían su diagnóstico.

Somatización

Se coincide en señalar a Stekel como el autor que acuñó el término Somatización (Chorot y Martínez, 1995; García Campayo, 1999; Kellner, 1991; Martin y Yutzy, 1996; Belloch & López, 2002).

Wilhem Stekel acuñó el término Somatización y lo definió desde la perspectiva psicoanalítica como el proceso por el cual un conflicto psíquico puede producir trastornos corporales, refiriéndose a un proceso en el cual los mecanismos de defensa (represión y desplazamiento) impiden la conciencia del conflicto y en su lugar aparece una expresión visceral, evitándose que el impulso prohibido sea experimentado conscientemente por el individuo (Stekel, 1943; Alvarado et al., 2010).

Posteriormente, Lipowski (1988) propuso considerar la Somatización como una tendencia para experimentar y comunicar el estrés somático. Teóricamente indica como la Somatización se asocia a trastornos por Ansiedad y depresivos y estos constituyen el centro de los desórdenes somatomorfos (Gonzales & Landero, 2006).

Abarcó con el concepto de Somatización un amplio rango de fenómenos clínicos y una variedad de procesos psicosociales que conducen a la persona a buscar ayuda médica por malestares corporales para los cuales no se hallan causas orgánicas, a pesar de la insistencia del paciente en tal etiología (Lipowski 1988; Alvarado et al., 2010).

Una de las definiciones de Somatización más citadas es de Lipowski (1999), quién se refiere a este fenómeno como la tendencia a experimentar y comunicar síntomas y malestares somáticos que no se explican mediante hallazgos clínicos o de laboratorio, por lo que no es posible atribuirlos a una enfermedad física ni buscar solución médica (Alvarado & Moral, 2011).

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (APA, 1954), la reacción histérica con síntomas neurológicos funcionales aparece en el grupo de trastornos psiconeuróticos, en el DSM-II (APA, 1968) son consideradas las neurosis hipocondriaca e histérica tipo conversivo (trastorno de conversión y dolor psicógeno) (Moral, 2011).

En esta misma edición bajo la denominación de Síndrome de Briquet, se describe un subgrupo de pacientes histéricos caracterizados por múltiples quejas somáticas principalmente referidas a vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de consciencia, cambio de peso y dismenorrea e indiferencia sexual (Chorot y Martínez, 1995; Belloch & López, 2002).

En la tercera edición, DSM-III (APA, 1980) se da la sustitución del término síndrome de Briquet por el trastorno de Somatización, viene motivada por el interés de suprimir la mayor parte de los epónimos (Martin y Yutze, 1996) y surge por primera vez el grupo de trastornos Somatomorfos, manteniéndose en la edición revisada de 1987 (Moral, 2011).

El término trastorno de Somatización, de acuerdo a la conceptualización heredada de los criterios del grupo de Feighner (Liu, Clark & Eaton, 1997; Belloch & López, 2002) define de forma oficial las características del trastorno como un patrón recurrente de síntomas pertenecientes a diferentes sistemas orgánicos y asociados con malestar psicológico que no pueden asociarse a una enfermedad física que los justifique adecuadamente (Cloninger, Martin, Guze, Clayton, 1986; Belloch & López, 2002).

Además se expone que los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia y se incluye también como síntoma diagnóstico aquel que aun poseyendo un origen médico, ocasiona un malestar excesivo al que cabría esperar por la historia clínica (Belloch & López, 2002).

Para la versión revisada del DSM III Ohmer y Desouza (1985) proponen que la presencia de dos o más síntomas de este grupo de 7 (dismenorrea, nudo en la garganta, vomito, dificultades para respirar, ardor en recto, genitales o boca, dolor en la extremidades y amnesia) proporcionen un diagnóstico preciso del trastorno.

En los criterios para el trastorno de Somatización propuestos en el DSM-IV (APA, 1994) se ha pretendido realizar una definición más útil y operativa, tanto desde el punto de vista de la especificidad y sensibilidad, como de la facilidad y comodidad a la hora de establecer el diagnóstico (Martin & Yutzy, 1996).

En esta versión del manual el trastorno de Somatización requiere que los síntomas provoquen deterioro significativo en áreas importantes de la actividad de la persona o que estos conduzcan a la búsqueda de atención médica (Belloch & López, 2002).

El DSM IV (APA, 1994) agrupa a los trastornos somatomorfos por una característica común de presencia de síntomas físicos que sugiere una condición médica (de ahí el término Somatomorfo) general y que no son explicados completamente por una enfermedad médica, por los efectos de una sustancia o por un trastorno mental (trastorno de angustia, por ejemplo), los síntomas además deben causar angustia o deterioro cínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

El grupo incluye siete criterios diagnósticos; trastorno de Somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y el trastorno somotomorfo no especificado.

DSM- 5: Síntomas somáticos y trastornos relacionados

En el DSM-5, los trastornos Somatomorfos son ahora referidos como “Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados”, el cambio surge entre otras razones por la falta de claridad acerca de sus límites diagnósticos.

Muchos clínicos están de acuerdo en que la terminología actual y el sistema de clasificación están mal realizados.

Los principales problemas son: la inaceptable terminología para los pacientes, la categoría dualista, los distintos diagnósticos no forman una categoría coherente, son incompatibles con algunas culturas, existe una ambigüedad en los criterios de exclusión establecidos, las subcategorías son poco creíbles, carecen claramente de un umbral definido y causan confusión en disputas legales, en otras palabras, la categoría diagnóstica y la terminología no son concluyentes (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke & Sharpe, 2005; Maldonado, Saldívar, Llanez & Sánchez, 2011).

Los trastornos Somatomorfos se ven principalmente en entornos médicos y el personal no psiquiátrico encontraba problemas al utilizar el término, es así que para la última edición del Manual diagnóstico se reducen el número de trastornos y subcategorías con el fin de evitar confusión, además se especifica que las personas con síntomas somáticos y pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales podrán o no tener una condición médica diagnosticada y además presentar síntomas psicósomáticos.

La relación entre síntomas somáticos y psicopatologías existen a lo largo de las características del trastorno y el requisito arbitrario de altos síntomas requeridos para el trastorno de Somatización en el DSM-IV no se acomodó para esta nueva clasificación por lo que ya no se requiere un determinado número de síntomas somáticos para el diagnóstico.

Se eliminan entonces los diagnósticos de trastorno de Somatización, hipocondría, trastorno de dolor y el trastorno somatomorfo indiferenciado.

El diagnóstico de trastorno de Somatización se basaba esencialmente en un largo y complejo recuento síntomas sin explicación médica, ahora los individuos diagnosticados con trastorno de “Somatización” usualmente podrán cumplir los criterios del DSM-5 para el criterio de “Desórdenes de Síntomas Somáticos”, sólo si tienen pensamientos desadaptativos, sentimientos y comportamientos que entren en la definición del desorden, además de los síntomas somáticos (APA, 2013).

Usos del término Somatización y Psicossomático

El término Somatización conlleva una dificultad en su definición, dada la falta de acuerdo en los términos Psicossomático y Somatización (González & Landero, 2010). Los conceptos están íntimamente relacionados, ambos hacen referencia a manifestaciones generalmente bien diferenciables pero que en ocasiones son confundidas o tomadas como sinónimos, los dos términos expresan una relación entre lo físico y lo psíquico pero desde diferentes puntos de vista (Belloch & López 2002).

Actualmente se utilizan tanto el término Psicossomático como Somatización, siendo este último en el que centra la atención los manuales diagnósticos CIE-10 Y DSM- IV.

En los trastornos psicossomáticos (también llamados trastornos psicofisiológicos) existe una dolencia física real a la que factores psicológicos pueden vincularse ya sea en su aparición, mantenimiento o agravamiento, mientras en los trastornos de Somatización el diagnóstico médico no proporciona ninguna justificación de los síntomas (López & Belloch, 2002; García-Campayo, González & Landero, 2009).

Debido a la frecuente utilización como sinónimos de los conceptos Somatización y psicósomático, se han considerado ambos términos en la búsqueda de artículos, aplicación de escala y manejo teórico, aclarando que la base de la investigación son los síntomas de Somatización.

Somatización

Los textos señalan a Steckel como el primero que utilizó el concepto de Somatización en 1943, acuñó el término dentro del contexto de la clínica psicósomática (Alvarado, et al. 2010) y le otorgo un significado similar al del concepto de conversión de Freud, es decir, el de un mecanismo que convierte la energía psíquica en síntomas psicógenos (Freud, 1993; Belloch & López, 2002).

Steckel definió el termino en 1943 como: “El proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales”.

Desde este punto de vista, la Somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera Ansiedad (Gabbard, 2004; Froján & Orejudo, 2005).

Lipowski fue pionero al delinear el término, describió la Somatización como la tendencia a experimentar y comunicar distrés psicológico en forma de síntomas Somáticos y buscar ayuda médica por ese motivo (Lipowski 1987; De Gucht & Fischler, 2002; Alvarado & Moral, 2011). Teóricamente, Lipowski 1988 indica que la Somatización se asocia a trastornos por Ansiedad y depresivos y que constituyen el centro de los desórdenes somatomorfos.

La definición supone una inferencia del observador, ya que las personas no reconocen y podrían rechazar la explicación de una relación entre distrés y sus síntomas físicos (De Gucht & Fischler, 2002; Gonzalez & Landero, 2011).

A partir de entonces el concepto ha tenido variaciones pequeñas sin embargo la esencia de la relación mente - cuerpo permanece.

En 1986 Kleinman y Kleinman agregan el factor social a su propuesta sobre el concepto de Somatización, quienes la consideran como: “la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica”.

El trastorno de Somatización se convierte entonces en la manifestación física del dolor emocional (Hollooway & Zerbe, 2000).

Los síntomas frecuentes en el trastorno de Somatización suelen ser el dolor en diferentes partes del cuerpo (cabeza, tórax, espalda, articulaciones, pelvis), así como disfagia, náuseas, estreñimiento, distensión abdominal, palpitaciones, vértigos y dificultad para respirar (Liu et al., 1997; García-Campayo, Pascual, Alda & Olivan, 2005).

Tales expresiones físicas han sido definidas de distinta manera pero el elemento en común al definirlos es que existen síntomas Somáticos que no son explicados adecuadamente por causas orgánicas (De Gucht & Fischler, 2002), por lo tanto no se tiene la posibilidad de practicar un diagnóstico médico que las explique, además su aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos (González & Landero 2006).

Actualmente las definiciones siguen girando en torno a planteamientos de desórdenes del ánimo, factores emocionales, estrés psicosocial y angustia como factores que estimulan la percepción de los síntomas Somáticos y que no tienen explicación orgánica y que motivan al individuo a buscar ayuda médica (Kirmayer, Brett, Jurcik, Jarvis, & Guzder, 2008; Alvarado & Moral, 2011).

En términos generales, en medicina y en salud se suele denominar somatizadores a aquellas personas que sufren molestias físicas pero ni las exploraciones médicas, ni las pruebas complementarias detectan alteraciones significativas que justifiquen las molestias (síntomas medicamente inexplicables de acuerdo con Rief & Broadbent, 2007), además creen tener una enfermedad física importante, acuden rápidamente a consultas médicas en busca de ayuda y pese a la información que se les brinde están convencidos de que tienen un problema de salud (García- Campayo, 1999; Gonzalez y Landero, 2011).

Psicosomático

Se consideran trastornos Psicosomáticos o Psicofisiológicos las dolencias físicas cuya aparición, mantenimiento o agravamiento estén relacionadas con factores psicológicos (López & Belloch, 2002; González & Landero, 2008).

Históricamente el término Psicosomático fue usado para describir problemas de salud física que eran consecuencia de excesiva excitación emocional, afrontamiento inadecuado y estrés crónico (Wimbush & Nelson, 2000).

Los trastornos Psicosomáticos son casos donde la dolencia física forma parte de los síntomas y además existen factores psicológicos que puedan vincularse a su aparición (López & Belloch, 2002), por lo que un mismo síntoma somático puede ser medicamente explicable o inexplicable, esto dependerá del contexto en que se presente (González & Landero, 2011).

Algunos ejemplos habituales de enfermedades o síntomas Psicosomáticos son el asma bronquial, síndrome de hiperventilación, úlcera, síndrome de intestino irritable y dermatitis atópica (Kubo & Chida, 2006).

Se ha indicado además que lo Psicosomático es una actitud ante la enfermedad Somática, cualquiera que esta sea, una actitud que haga pensar en una relación particular que tiene la enfermedad médica o física con el lugar y el momento en que apareció en la vida del sujeto (Rodado & Barcia, 2003).

El término Psicosomático refiere entonces a enfermedades físicas en las cuales los procesos emocionales juegan un papel importante, la diferencia fundamental con la Somatización estriba en que en los trastornos Psicosomáticos si se constata una dolencia física junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse con la aparición, mantenimiento o agravamiento de dicha dolencia física, la Somatización en cambio no presenta un claro diagnóstico médico que pueda justificar los síntomas (Belloch & Santiago, 2002).

Algunos autores señalan que Psicosomático no debe entenderse como psicogénico, ya que este concepto implica una causalidad unidireccional en la aparición de la enfermedad, es decir, a partir de algún factor psicológico se produce una enfermedad física. Señalan que por lo contrario se debe apoyar en un principio de multicausalidad para la consideración etiológica de la enfermedad, por ejemplo factores genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos y emocionales que interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico (Cardenal & Oñoro, 1999; González & Landero, 2011).

Se habla entonces de un diagnóstico de Somatización cuando se descartan causas como las cardiacas, gastrointestinales y enfermedades neurológicas, entre otras (Holloway & Zerbe, 2000); mientras que en los trastornos Psicosomáticos existe una dolencia física, junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse a su aparición, mantenimiento o agravamiento (González & Landero, 2011).

Comorbilidad con otros Trastornos

Cuando una persona siente dolor o algún otro síntoma somático tiende a atribuirlo a alguna enfermedad, sin embargo, de las molestias que padecemos solo 5% se debe a enfermedades, mientras 70% está relacionada con causas naturales o ambientales y el 25% restante obedece a causas psicológicas (García, 1999; García, González & Landero, 2009).

Los trastornos psiquiátricos tienen una muy fuerte asociación con síndromes de Somatización. En atención primaria el 50 a 70% de los trastornos psiquiátricos se presentan en forma somática y el 75% de los pacientes con Depresión mayor o ataques de pánico que consultan en este ámbito lo hacen exclusivamente por síntomas somáticos (Guzmán, 2011).

En 1988 Lipowski, uno de los principales aportadores al concepto de Somatización indica que el trastorno se asocia a trastornos por Ansiedad y depresivos y que constituyen el centro de los desórdenes Somatomorfos (González & Landero, 2006).

La Depresión es citada como uno de los diagnósticos psiquiátricos más comúnmente asociados a los trastornos somatomorfos; el 38% de estos pacientes sufre de Depresión durante el episodio de movimientos anormales conversivos (Marjama, 1995; Cabrera, Vallejos, Jaimes & Ruíz, 2008).

Los pacientes depresivos presentan un mayor índice de síntomas somáticos que pacientes no depresivos (Escobar, Waitzkin, Silver, Gara & Holman, 1998), es decir, se constata una correlación positiva entre depresión y síntomas somáticos (Martin & Yutze, 1996).

Holloway y Zerbe, 2000 señalan que generalmente la Somatización aparece junto con otras condiciones psicológicas incluyendo la Depresión mayor (55% de los

pacientes), trastornos de Ansiedad (34%), trastornos de personalidad (61%) y trastornos de pánico (González & Landero, 2006).

Se estima que en atención primaria, el 50 % o más de los pacientes que son diagnosticados con Depresión mayor, consultan por molestias somáticas y no por los clásicos síntomas afectivos o cognitivos de la Depresión: es la denominada Depresión enmascarada, en la que los síntomas Somáticos se consideran como equivalentes a los depresivos (Froján & Orejudo, 2005).

Esta misma relación entre Depresión y Somatización ha sido confirmada por estudios como el realizado por Lipsane, Saarijavi y Laurema (2004) quienes encontraron una correlación significativa entre ambas variables y el de Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg y Rooijmans (2000) donde los pacientes con síntomas medicamente inexplicables reportaban más síntomas de Depresión y Ansiedad que los pacientes con síntomas medicamente explicables (Gonzalez & Landero, 2006).

Queda demostrado que los trastornos y síntomas Psicósomáticos pueden relacionarse con múltiples factores; Estrés, Depresión, trastornos de Ansiedad, de personalidad, el sexo, formas de afrontamiento, autoeficacia, apoyo social, autoestima y alexitimia (Kirmayer, Groleau, Looper & Dominicé 2004; Gonzalez & Landero, 2008).

Causas

Dentro de los factores psicosociales, la infancia puede influir con factores como carencias afectivas, un modelado erróneo de la enfermedad por parte de los padres, por ejemplo; enfermaban con frecuencia, acudían a menudo a los médicos, la enfermedad física era bien aceptada por parte de la familia y excusaba al enfermo de obligaciones (Guzmán, 2011).

El modelo Biopsicosocial afirma que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que es necesario tenerlos en cuenta a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento. Desde este modelo, también se definió a la persona como un ente global que enferma y sana en conjunto y que no puede ser entendida al dividir en órganos y sistemas fisiológicos, deduciendo que estudiar el funcionamiento psicológico y social de la persona es tan importante como el análisis celular en los procesos de enfermedad (Ballester, 1998; Hoyos, Londoño & Restrepo, 2008).

Rubin y Wessely sugieren en 2001 que la mejor manera de abordar estos cuadros es el abandono del dualismo y la aceptación de la premisa de que es normal que las emociones se expresen mediante el cuerpo, tanto de manera consciente como de forma inconsciente y como esta expresión puede estudiarse científicamente por disciplinas como la psiconeuroinmunología (Heinrichs & Gaab, 2007).

Las experiencias ocurren simultáneamente en todo nuestro organismo; por consiguiente, constantemente estamos somatizando, ya que la compleja interacción entre el cuerpo y la mente es permanente e indisoluble, esto ya ha sido señalado por autores como Sivik (1998), quien afirma que todos somos “somatizadores”, ya que si entendemos que todos tenemos mente u cuerpo, todo en nosotros es psicósomático (Sivik & Schoenfeld, 2001; Londoño & Restrepo, 2008).

García Campayo en 1999 concluye que los factores precipitantes de cuadros de Somatización son siempre situaciones de estrés cuyas principales fuentes son el trabajo, la pareja y los amigos; estas situaciones facilitan o potencian la aparición de la enfermedad en personas que ya están predispuestas a sufrirlas. Los factores que mantienen el trastorno son los responsables de que una vez que se inicia la enfermedad esta se convierta en crónica, así, la principal fuente de mantenimiento es la ganancia secundaria (beneficios asociados a padecer la

enfermedad, como la incapacidad laboral) y el refuerzo social que suele venir de la familia o del médico (González & Landero, 2011).

CAPITULO III

METODO

La investigación relaciona los trastornos psicológicos por los que pudieran atravesar los pacientes con Diabetes mellitus crónica y el estado de control de la enfermedad. Se espera asociar una presencia significativa de síntomas relacionados al trastorno de Somatización (entendido como la expresión de distrés psicológico en forma de síntomas físicos) con controles inadecuados de glucosa en la sangre del paciente con Diabetes.

Para lo anterior se llevó a cabo un diseño no experimental; descriptivo y correlacional de tipo transversal que permite vincular el nivel de síntomas psicológicos y de Somatización en pacientes con Diabetes mellitus crónica en control y descontrol de la enfermedad y en pacientes SIN la enfermedad crónica.

PARTICIPANTES

Participaron de manera voluntaria 100 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus crónica y 107 personas sin diagnóstico de la enfermedad crónica. Los pacientes están suscritos a los Servicios médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León y acuden a citas de control médico por distintos casos relacionados con su salud.

APARATOS E INSTRUMENTOS

Se utilizó el Inventario de Síntomas (SCL-90-R) de Degoratis, en su versión al castellano realizada por González de Rivera y colaboradores en 1990. Consta de 90 ítems que cuestionan la existencia e intensidad de síntomas psiquiátricos y psicósomáticos, así como el grado de malestar psicológico o “distrés” existentes

desde el momento de la evaluación hasta una semana atrás, es utilizado en pacientes en tratamiento psicológico o psiquiátrico y en población general.

Evalúa e interpreta nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

1. Somatizaciones (SOM); Malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte medicación del sistema nervioso autónomo, incluye dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.
2. Obsesiones y compulsiones (OBS); Incluye síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo; diversos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles o imposibles de controlar.
3. Sensitividad interpersonal (SI); Sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas, se autodesprecia y se siente incómodo durante las interacciones personales, reportan expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales y elevados niveles de autoconciencia pública.
4. Depresión (DEP); Representan las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo; estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en actividades habituales, poca energía y sentimiento de desesperanza, incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.

5. Ansiedad (ANS); Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad; inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.
6. Hostilidad (HOS); Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. La selección de ítems incluye la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento.
7. Ansiedad fóbica (FOB); Caracteriza una respuesta persistente de miedo que es irracional y desproporcionado al estímulo que lo provoca, por ejemplo miedo a personas, lugares, objetos o situaciones específicas, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante.
8. Ideación paranoide (PAR); Representa fundamentalmente las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide; pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.
9. Psicoticismo (PSIC); Incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control de pensamiento.

El uso común y la popularidad del SCL-90-R se debe a sus propiedades psicométricas las cuales han resultado apropiadas y estables a través del tiempo, desde 1980 en adelante se ha acreditado la validez del SCL-90-R en sus índices globales y dimensiones específicas en diferentes países, grupos de edad y tipos de población evaluada, por ejemplo pacientes contra no pacientes (Derogatis & Savitz, 2000).

La literatura sobre la validez y confiabilidad del índice de síntomas SCL 90 aplicada en población mexicana hace referencia a dos publicaciones específicas.

La primera de ellas fue llevada a cabo por Cruz Fuentes y colaboradores en un artículo publicado en 2005, donde se aplicó la versión en español del inventario SCL90 a una muestra de 228 personas conformada por familiares de pacientes, personal médico y paramédico, así como estudiantes de educación superior.

La confiabilidad del instrumento se evaluó por medio de la consistencia interna o coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las nueve subescalas que componen al instrumento.

Siete de éstas: Somatización, Obsesión- compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ansiedad fóbica, Psicoticismo y el índice de severidad global, mostraron un valor estadístico adecuado; entre 0.7 a 0.85. A su vez, las dimensiones de hostilidad e ideación paranoide alcanzaron una puntuación aceptable; de 0.6 a 0.7, el valor alfa de Cronbach obtenido para el Severidad Global (ISG) fue de 0.96, alcanzando la categoría de excelente.

La validez del instrumento fue obtenida a través de un análisis de constructo, los valores obtenidos a partir de la matriz de correlación de Spearman muestran que en el 72% de los casos, los reactivos que constituyen cada dimensión mostraron un valor de correlación fuerte ($r \geq 0.5$), y el más alto para su propia dimensión. Para un 26% de los casos se obtuvieron las correspondencias adecuadas y el más alto para su propia dimensión, pero el valor de correlación fue moderado (≥ 0.25 y ≤ 0.5).

El segundo reporte sobre la validez y la confiabilidad del instrumento fue llevado a cabo por Lara Muñoz y colaboradores en 2005 en una muestra de 289 mujeres.

La consistencia interna se determinó mediante el alfa de Cronbach, el cual indica una elevada consistencia de las nueve subescalas del instrumento. A excepción de la subescala de síntomas paranoides, los coeficientes alpha de todas las subescalas en los 3 grupos, fueron superiores a 0.8.

La validez del instrumento se comprobó en este estudio a través de la validez de criterio, validez convergente y de constructo.

La forma en que se estableció la validez de criterio del instrumento fue mediante la determinación del punto de corte para la identificación de pacientes con Depresión, en la validez convergente se utilizaron los coeficientes de correlación de Spearman de las subescalas con la escala de Depresión de Hamilton y con el Inventario de Depresión de Beck, se pueden observar consistentemente tres cosas:

Las correlaciones más elevadas corresponden a las de la subescala de Depresión, las correlaciones de la segunda evaluación son mayores que las de la primera y las correlaciones con el Inventario de Beck son mayores que con la escala de Depresión de Hamilton. Estos datos apoyan la validez convergente de la subescala de Depresión con instrumentos convencionales para la evaluación de ésta.

Las diferencias entre los grupos analizados fueron estadísticamente significativas en todas las subescalas y en los índices totales, confirmando así la validez de constructo.

PROCEDIMIENTO

Una vez terminada la consulta del paciente con el especialista en Diabetes, se les invitó a participar en la investigación, haciendo énfasis en el carácter anónimo y la utilidad de su cooperación. Una vez aceptada su participación se procedió al llenado de la escala señalando el objetivo de la investigación, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria en el estudio.

El llenado de la escala se llevó a cabo en una sala acondicionada con un escritorio y dos sillas, se completaron datos para la identificación de la muestra como la edad, nivel de glucosa presentada ese día, tiempo con el diagnóstico de Diabetes, ocupación y grado de estudios.

Se explicó la forma de contestación de la escala y sus posibles respuestas para así proceder a la entrevista y llenado del inventario.

Instrucciones: Se le pide a la persona que está siendo evaluada contestar una lista de problemas comunes en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de la administración del inventario.

Tiene cinco posibilidades de respuesta: Nada, Muy poco, Poco, Bastante y Mucho.

La administración del inventario fue a través de entrevista por lo que se leyeron las preguntas y el paciente elegía la respuesta pensando en cómo se sintió y en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana.

Para facilitar las respuestas fue administrada una tabla que incluía las posibles respuestas y el número correspondiente a la respuesta.

Nada (0) - Muy poco (1) - Poco (2) - Bastante (3) - Mucho (4)

Terminada la sesión de preguntas se procedió a recolectar el dato sobre los niveles de glucosa en la sangre del paciente, para lo cual se consultó la cartilla de control médico que los usuarios tienen y que contienen los resultados de glucosa y presión arterial del mismo día de consulta, la información fue confirmada en el historial clínico del paciente.

La participación de las personas sin diagnóstico de Diabetes se efectuó de la misma forma, una vez acabada su cita (o a la espera de la misma) con el especialista se les invito a participar en el llenado de la escala, en este caso no fue necesario contrastar el nivel de azúcar del paciente, pero si se accedió al historial médico con el fin corroborar la ausencia de Diabetes en su diagnóstico.

Una vez obtenidos los resultados de ambas muestras se procedió a los análisis estadísticos.

Diseño utilizado:

El estudio realizado fue de tipo no experimental y transversal, se hizo una descripción de los datos estadísticos y se llevó a cabo un análisis de correlación de datos por medio del programa SPSS.

Recolección de Datos:

Los síntomas psicopatológicos e índices de Somatización fueron arrojados por el Inventario de Síntomas (SCL-90-R) de Derogatis, el cual fue aplicado a los pacientes con y sin diagnóstico de Diabetes mellitus crónica en los Servicios Médicos del Hospital Universitario.

La medida de glucosa en la sangre fue obtenida a través de la cartilla de control médico que cada paciente conserva para su control y fue confirmada en el expediente médico electrónico.

Análisis de Datos:

Después de obtener los resultados del Índice de Síntomas SCL-90-R en ambas muestras, se procedió a un análisis de correlación de la dimensión de Somatización y el resto de las patologías psicológicas en los pacientes con Diabetes mellitus crónica controlada, descontrolada y sin Diabetes, el análisis estadístico fue realizado por medio del programa estadístico SPSS.

Se calcularon las puntuaciones directas de cada una de las nueve dimensiones y los tres índices del SCL-90-R tomando en cuenta el número correspondiente a la respuesta del paciente (Nada 0, Muy poco 1, Poco 2, Bastante 3, Mucho 4).

Se considera que entre más altas son las puntuaciones arrojadas en cada dimensión más alta es la presencia de la patología en la persona evaluada.

En la tabla 5 se resume la cantidad de muestra evaluada y la cantidad de personas que pertenecen a cada grupo.

Tabla 5. Pacientes con Diabetes controlada, descontrolada y sin Diabetes

Pacientes con Dm o sin DM	Frecuencia	Porcentaje %
Sin Diabetes	Válidos Sin Diabetes	107
	Controlado	43
Con Diabetes	Válidos Descontrolado	57
	Total	200

La muestra total fue de 207 personas de las cuales 100 personas padecen Diabetes mellitus crónica. Este último grupo fue dividido en pacientes que mantienen control de su enfermedad y glucosa (Controlado) estipulando como criterio estar por debajo de 126mg/dl en su prueba de glucosa. El resultado de esta división arroja 43 pacientes que mantienen niveles adecuados de glucosa contra 57 personas con diabetes que no mantienen los grados de glucosa adecuados (Descontrolados).

CAPITULO IV

RESULTADOS

De acuerdo con las finalidades del presente proyecto de investigación se asociaron la presencia de rasgos psicopatológicos incluido el trastorno de Somatización, el cual convierte el malestar emocional en un síntoma físico, los resultados fueron comparados ante grupos de pacientes con Diabetes mellitus crónica controlada, descontrolada y sin Diabetes.

Es a través de procesos psicofisiológicos que estas emociones desembocan en dolencias físicas, las cuales se vinculan en la aparición, mantenimiento o agravamiento de factores psicológicos.

Dicha expresión somática implica una relación causal con trastornos por Ansiedad y Depresión, los cuales constituyen el centro de los desórdenes somatomorfos (Lipowski, 1988), dichas dimensiones son evaluadas a través del Inventario de Síntomas SCL 90 R, el cual es empleado en el campo de la salud para proporcionar información desde la experiencia subjetiva del paciente acerca de la intensidad del malestar psicopatológico.

Para abordar los resultados se trabajaron con cada uno de los objetivos planteados en la investigación y se realizaron pruebas de confiabilidad y normalidad para identificar los análisis estadísticos necesarios.

A continuación se exponen dichos resultados.

Análisis de Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento Symptom Check List (SCL 90) se evaluó por medio de la consistencia interna, la cual se obtuvo mediante la estimación del coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las nueve sub escalas.

Tabla 6. Confiabilidad

Dimensión	Número de elementos	Alfa de Cronbach
Somatización	12	.800
Obsesiones y compulsiones	10	.793
Sensitividad interpersonal	9	.807
Depresión	13	.833
Ansiedad	10	.795
Hostilidad	6	.744
Ansiedad fóbica	7	.788
Ideación paranoide	6	.697
Psicoticismo	10	.754

En la Tabla 6, se pueden observar los valores más altos de Alpha de Cronbach (encima de .80) en las dimensiones de Depresión, Sensitividad Interpersonal y Somatización en dicho orden. Se confirma la confiabilidad del instrumento en estas dimensiones incluyendo la dimensión más baja (Ideación Paranoide) la cual arrojo un Alpha de .697 colocándola justo dentro del rango de aceptación.

Como fase previa a los objetivos se llevó a cabo un análisis de normalidad con el fin de implementar los análisis estadísticos correspondientes.

Análisis de Normalidad

Tabla 7. Resultados de Normalidad

	Hipótesis nula	Test	Significancia	Decisión
1	La distribución de somatizaciones es normal con la media 9.536 y la desviación típica 7.40	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra.	.004	Rechazar la hipótesis nula
2	La distribución de Obsesiones y Compulsiones es normal con la media 7.768 y la desviación típica 6.32	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra.	.001	Rechazar la hipótesis nula
3	Las categorías de Sensitividad Interpersonal se producen con probabilidades iguales	Prueba de chi cuadrado de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula
4	La distribución de Depresión es normal con la media 9.860 y la desviación típica 8.05	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra.	.000	Rechazar la hipótesis nula
5	Las categorías de Ansiedad Interpersonal se producen con probabilidades iguales	Prueba de chi cuadrado de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula
6	Las categorías de Hostilidad se producen con probabilidades iguales	Prueba de chi cuadrado de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula
7	Las categorías de Ansiedades Fóbicas se producen con probabilidades iguales	Prueba de chi cuadrado de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula
8	Las categorías de Ideación Paranoide de producen con probabilidades iguales	Prueba de chi cuadrado de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula
9	Las categorías de Psicoticismo se producen con probabilidades iguales	Prueba de chi cuadrado de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula

La normalidad de las variables se verificó por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los resultados de la prueba se ilustran en la Tabla 7.

Se encontró una distribución no normal por lo que se realizaron los análisis estadísticos utilizando pruebas “No Paramétricas”.

Objetivos específicos

- 1) Identificar los principales síntomas psicológicos por los que atraviesan los pacientes con Diabetes crónica controlada, Diabetes crónica descontrolada y sin Diabetes.

La Tabla 8 muestra las medias y desviaciones estándar de los tres grupos participantes: pacientes con Diabetes mellitus controlada N=43, .pacientes con Diabetes mellitus descontrolada N=57 y personas sin Diabetes N=107.

Tabla 8. Medias de las Dimensiones Psicológicas

	Paciente con DM controlado		Paciente con DM descontrolado		Paciente sin DM	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Somatización	9.9	7.6	11.1	8.0	8.6	7.0
Obs y Com	7.8	7.4	7.9	5.9	7.7	6.2
Sens Inter	4.7	6.1	4.7	5.3	4.8	4.8
Depresión	10.1	9.1	11.9	8.6	8.7	7.1
Ansiedad	4.9	5.7	4.9	5.3	4.8	5.2
Hostilidad	2.2	3.9	2.5	3.0	2.9	3.3
Ans Fobica	3.7	5.3	3.5	4.4	1.8	3.0
Idea Para	3.2	4.2	3.3	3.5	3.2	3.3
Psicoticismo	3.8	5.9	4.5	4.3	3.4	4.3

Analizados los resultados estadísticos a través de la comparación de medias se deducen los principales síntomas psicológicos por los que atraviesan los pacientes de los tres distintos grupos (pacientes con Diabetes crónica controlada, pacientes con Diabetes crónica descontrolada y pacientes sin Diabetes), los principales síntomas fueron los asociados a la dimensión de Depresión, Somatización y Obsesiones- Compulsiones en dicho orden para los tres grupos.

2) Determinar si existen diferencias en los niveles de síntomas de Somatización entre grupos principales (Diabetes mellitus crónica controlada, Diabetes mellitus crónica descontrolada y sin Diabetes).

Tabla 9. Diferencias del trastorno de Somatización entre grupos

Hipótesis nula	Test	Significancia	Decisión
La distribución de Somatización es la misma entre las categorías de Paciente con DM controlada, descontrolada y sin DM	Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes	.104	Retener la hipótesis nula

En Tabla 9 se observa tras la prueba estadística de Kruskal- Wallis una significancia de $p=.104$, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se comprueba que no existen diferencias entre grupos en cuanto al grado de síntomas de Somatización entre los tres grupos de la muestra (Diabetes mellitus crónica controlada, Diabetes mellitus crónica descontrolada y sin Diabetes).

3) Qué tipo de asociación existe entre la cantidad de síntomas de Somatización y los niveles de glucosa en la sangre de pacientes con Diabetes mellitus crónica.

Tabla 10. Correlación entre Somatización y Nivel de glucosa

	Somatizaciones	Controldiab= 2
Rho de Spearman Coeficiente de correlación	1.00	.100
Sig. (bilateral)		.321
Controldiab= 2 (FILTER) Coeficiente de correlación	.100	1.000
Sig. (bilateral)	.321	

En la tabla 10 se observan los análisis de correlación por Spearman, los cuales arrojan una asociación positiva de $r = .100$ y una significancia de $p = .321$ (encima del grado significativo), por lo que en cuanto a la asociación entre los rasgos de Somatización y los niveles de glucosa en pacientes con Diabetes mellitus no existe una correlación significativa entre las variables.

RESULTADOS ADICIONALES

- 4) Comparar los síntomas de Depresión de los pacientes con Diabetes mellitus crónica y los pacientes sin Diabetes.

Tabla 11. Comparación de Depresión entre pacientes con Dm y sin Dm

Hipótesis nula	Test	Significancia	Decisión
La distribución de Somatización es la misma entre las categorías de Diabetes y no Diabetes	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.044	Rechazar la hipótesis nula

En Tabla 11, se observa la comparación de los síntomas de Depresión en el grupo de pacientes con Diabetes mellitus crónica y pacientes sin Diabetes. La prueba se llevó a cabo utilizando la prueba estadística U de Mann-Whitney la cual mostró una significancia de $p=.044$. Se rechaza la hipótesis nula y se asume que existe una diferencia significativa en los promedios de Depresión entre los dos grupos, siendo la media más alta para la población de personas con Diabetes ($m= 11.0$) en comparación con la media de pacientes sin Diabetes ($m= 8.7$).

- 5) Comparar los síntomas de Depresión entre los pacientes controlados y descontrolados con Diabetes.

Tabla 12. Comparación de Depresión entre Pacientes controlados y descontrolados

Hipótesis nula	Test	Significancia	Decisión
La distribución de Depresiones es la misma entre las categorías de control diabetes	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.075	Retener la hipótesis nula

En la Tabla 12 se observa la comparación de rasgos de Depresión con la prueba U de Mann-Whitney entre pacientes con Diabetes controlada (m= 9.8) y Diabetes descontrolada (m= 12.0), se muestra que no hay diferencia significativa entre ambos grupos dado el grado de significancia $p = .075$.

6) Comparar los síntomas de Ansiedad de los pacientes con Diabetes y los pacientes sin Diabetes.

Tabla 13. Comparación rasgos de Ansiedad entre pacientes con DM y sin DM

Hipótesis nula	Test	Significancia	Decisión
La distribución de Ansiedad es la misma entre las categorías de diabetes y no diabetes	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.915	Retener la hipótesis nula

La comparación de los síntomas de Ansiedad en el grupo de pacientes con Diabetes contra pacientes sin Diabetes se observa en Tabla 13. Se llevó a cabo utilizando la prueba estadística U de Mann-Whitney mostrando una significancia de $p = .915$, se acepta la hipótesis nula y se asume que no existe diferencia significativa en los promedios de Ansiedad entre el grupo de pacientes con Diabetes (m= 4.9) y el grupo sin Diabetes (m= 4.8).

7) Comparar los síntomas de Ansiedad entre los pacientes controlados y descontrolados con Diabetes.

Tabla 14. Comparación Ansiedad entre Pacientes controlados y descontrolados

Hipótesis nula	Test	Significancia	Decisión
La distribución de Ansiedad es la misma entre las categorías de control diabetes	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.584	Retener la hipótesis nula

La comparación de rasgos de Ansiedad entre el grupo de pacientes controlados y descontrolados se puede observar en Tabla 14. La comparación a través de la prueba U de Mann-Whitney muestra que no existen diferencias significativas entre grupos ($p = .584$) siendo la media más alta para los pacientes con Diabetes descontrolada $m = 5.0$ en comparación con los que pacientes con Diabetes controlada $m = 4.8$.

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con el fin de facilitar las conclusiones y debatir de forma clara los resultados ante otras investigaciones se abordan los objetivos de acuerdo a las psicopatologías estudiadas.

Se encontraron diferencias significativas (Tabla 8) en cuanto a los síntomas Psicológicos reportados por pacientes con Diabetes mellitus crónica y pacientes sin Diabetes, es decir, un paciente con Diabetes expresa mayor sintomatología psicológica que un paciente sin la enfermedad.

Dicho análisis de comparación también se llevó a cabo entre pacientes que mantienen un control de la Diabetes crónica (igual o menor a 126 mg/dl) y pacientes sin el debido control de la enfermedad (mayor a 126 mg/dl), tomando como criterio de control el nivel de glucosa en sangre del paciente con Diabetes mellitus al momento de la aplicación de las pruebas psicométricas.

Al contrastar los grupos no se encontraron diferencias significativas, se asume que el manejo adecuado o inadecuado de la enfermedad no perjudica de forma significativa la esfera psicológica del paciente.

Pareciera que una vez pasado el tiempo de ajuste al diagnóstico el paciente asimila su condición de enfermo crónico, llevándolo a un estado de conformidad independiente al control adecuado o inadecuado de la Diabetes mellitus.

Con el fin de facilitar las conclusiones de la presente investigación se abordan los objetivos de acuerdo a las patologías estudiadas.

La esfera psicológica que destaca en primer lugar es lo referente al trastorno depresivo, dicho constructo se forma a partir de las preguntas relacionadas a la falta de interés en relaciones sexuales, sentimientos de poca energía, pensamientos suicidas, ganas de llorar por cualquier motivo, sentimientos de estar atrapado o encerrado, sentimientos de culpa, soledad, tristeza e inutilidad, preocupaciones excesivas, falta de interés en la vida y la pérdida de esperanzas.

Las preguntas engloban síntomas de Depresión en el Listado de Síntomas SCL 90 en el cual se encontró que los pacientes con Diabetes mellitus obtuvieron mayores puntuaciones que pacientes sin la enfermedad crónica (Tabla 11), es decir, los pacientes con la enfermedad crónica reportan mayor número de manifestaciones clínicas de un trastorno depresivo (estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas), de acuerdo con los resultados los pacientes con Diabetes mellitus crónica, estos tienen mayor posibilidad de desarrollar un trastorno de Depresión que los pacientes sin la enfermedad crónica.

La escala reporta a su vez el rango de intensidad con el que se presenta el síntoma y lo clasifica de acuerdo a su grado; presencia severa de sintomatología, en riesgo de desarrollar la patología o sin patología.

El grupo de pacientes sin Diabetes mellitus (conformado por 107 personas) reportó solo cinco personas en riesgo de desarrollar la patología, dicho resultado genera una diferencia significativa ante el grupo de 100 pacientes con Diabetes mellitus crónica de los cuales se encontraron seis personas en riesgo de desarrollar la patología y dos pacientes con síntomas de Depresión severa.

Tal hallazgo presume que las personas que padecen Diabetes mellitus crónica dada la condición de cronicidad y características generales de su tratamiento presentan mayor número de síntomas depresivos que los pacientes sin Diabetes mellitus.

Ante la probabilidad de complicaciones severas y la aparición de la enfermedad en determinado momento de la vida es posible un desequilibrio físico pero también mental de su enfermedad, atrayendo consigo consecuencias negativas en la esfera psicológica y que pudieran llegar a manifestarse clínicamente a través de estados de ánimo disfóricos, sentimientos de desesperanza y poca energía vital, síntomas que se relacionan con estados de ánimo depresivos.

Los resultados de la presente investigación coinciden con Anderson, Freedland, Clouse y Lustman (2001), quienes analizaron 39 estudios recuperados de las bases de datos MEDLINE y PsycINFO sobre la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes. Un total de 20, 218 sujetos fueron analizados mediante distintas escalas de Depresión y distintas metodologías, sus conclusiones afirman que los pacientes con Diabetes tienen el doble de probabilidad de enfrentar síntomas de Depresión.

Los resultados son respaldados por Ali, Stone, Peters, Davies y Khunti (2006) quienes realizaron una investigación sobre la literatura de la relación entre Depresión y Diabetes Mellitus tipo II hasta el 2005. En el artículo, publicado en 2006 se analizaron 51, 331 pacientes con Diabetes de los cuales la prevalencia de Depresión fue significativamente más alta en pacientes con Diabetes que los pacientes sin Diabetes.

Los resultados del presente estudio son también respaldados por Ralston et al. (2009). Tras su investigación para el tratamiento psicológico y médico vía internet para el control glucémico de la Diabetes en 83 pacientes, encontraron evidencia clínica y epidemiológica de que la Diabetes Mellitus tipo 2 se asocia con síntomas de Ansiedad o Depresión.

Coincido en este apartado con lo encontrado por Pompa (2011) en una muestra de consultantes de Medicina interna y Endocrinología del Hospital Universitario en la ciudad de Monterrey, donde se entrevistó a 20 personas con Diabetes

mellitus y se aplicó la escala de Carrol para Angustia y Depresión, se encontró que 16 de los 20 sujetos (80%) con una glucosa elevada, se perciben con un nivel de depresión fluctuante entre leve, moderada y severa.

En cuanto a la comparación del grupo de pacientes con Diabetes mellitus crónica controlada y Diabetes mellitus crónica descontrolada (Tabla 12) no se encontraron diferencias significativas, ambos grupos reportan tres pacientes en riesgo de desarrollar la patología y un paciente por grupo con síntomas severos de Depresión.

Tales resultados afirman que los síntomas de Depresión en los pacientes con Diabetes mellitus no se ven alterados ante un control adecuado o inadecuado de la enfermedad.

Se concuerda con Martínez, Hernández y Godínez (2012) cuya investigación aplicada en el Estado de México a 51 pacientes con Diabetes se correlacionó la severidad de Depresión con el control de la glucosa. Concluyeron que los síntomas depresivos eran equiparables en pacientes con buen y mal control de su enfermedad, por lo tanto concluyen que no hubo relación entre el control de la glucosa y el grado de Depresión en los pacientes.

Resultados contrarios a los señalados fueron presentados por Molina, Acevedo, Yáñez, Dávila y González (2013) quienes compararon síntomas de Depresión en 131 pacientes con Diabetes Mellitus controlados y descontrolados en una clínica de Medicina Familiar de la ciudad de México, analizaron 69 pacientes con glucosa descontrolada y 62 pacientes en control de su enfermedad. Los niveles más elevados de Depresión estuvieron presentes en la muestra de pacientes descontrolados con una prevalencia de 53.6% haciendo una diferencia significativa con los pacientes en control de su enfermedad (32.2%).

La Depresión es sin duda una de las principales patologías por las que atraviesa inclusive la población “sana”, sin embargo la literatura e investigación sobre la Diabetes mellitus ha dejado claro que la enfermedad es sensible a las emociones intensas por lo que los niveles de Depresión en esta población pueden llegar a estar significativamente por encima de la norma.

Pareciera que las recomendaciones para el control de la enfermedad sobrepasan el funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y social del individuo con Diabetes crónica, tales aseveraciones se confirman a través de los principales síntomas depresivos reportados por los pacientes como; la falta de interés sexual, preocupación exagerada por el entorno, sentimientos de poca energía, sentimientos de tristeza, ganas de llorar por cualquier motivo y los sentimientos de soledad, en dicho orden.

Es así que la motivación del paciente respecto a llevar una dieta adecuada, el ejercicio, la toma de medicamentos e insulina compiten con estilos de vida más cómodos, lo cual genera en el paciente un sentimiento incomodo de “carga” ante el cual se ven reflejadas reacciones emocionales que pudieran llegar a desarrollar patologías incidiendo negativamente en la adherencia al tratamiento y el control metabólico.

Tal hallazgo es confirmado en la presente investigación puesto que la Depresión representa la patología con más prevalencia en ambos grupos (pacientes con Diabetes y sin Diabetes) y se presenta de forma severa en dos pacientes con la enfermedad crónica pero ninguno de forma severa en pacientes sin la enfermedad crónica.

En cuanto a los síntomas de Ansiedad no se encontraron diferencias significativas (Tabla 13) entre grupos, pacientes con Diabetes mellitus crónica y pacientes sin la enfermedad reportaron cuatro personas “en riesgo” de desarrollar la patología.

La Ansiedad es entendida como la relación que tiene el individuo con su entorno y como éste es percibido como una amenaza para su bienestar.

En la escala SCL 90, el constructo se forma a partir de sentimientos de nerviosismo, temblores en el cuerpo, sustos sin razón aparente, miedos, corazón acelerado, nervios o agitación, ataques de miedo o pánico, inquietud, malos presentimientos e imágenes que dan miedo.

Ante dichos resultados se concluye que la enfermedad crónica no tiene una relación directa con rasgos de Ansiedad puesto que los síntomas y niveles de Ansiedad fueron equiparables en ambos grupos.

Se coincide con lo reportado por De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2006), quienes tras aplicar la escala ESCAVIRIS encargada de evaluar aspectos emocionales como Ansiedad, Depresión, temores, preocupaciones, auto concepto y aspectos de interacción social a 100 personas con Diabetes reportan que el 60% de los sujetos no mostro ningún deterioro y solo el 15% mostro un deterioro severo.

Lo reportado no corresponde con Rivas-Acuña et al. (2011), quienes reportan una prevalencia alta del estado de Ansiedad en una investigación llevada a cabo en una clínica de Primer nivel de Atención en la ciudad de Villahermosa Tabasco. Se evaluó el nivel de Ansiedad en 100 pacientes con Diabetes mellitus a través del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) encontrando que el 53% de la muestra fluctuaba en prevalencias altas de dicha variable.

En cuanto a la comparación de los síntomas de Ansiedad entre pacientes con control adecuado contra control inadecuado de la enfermedad crónica (Tabla 14), no se encontraron diferencias significativas ya que se hallaron dos pacientes en riesgo de desarrollar la patología en cada grupo y ninguna en un rango severo.

Se concuerda en dicho resultado con Rivas-Acuña (2006), quien llevó a cabo un estudio en 250 personas con Diabetes en una clínica de primer nivel del Sistema de Seguridad Social en la ciudad de Monterrey. Tras aplicar el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) encontró que solo 33 pacientes (13%) contaban con niveles de Ansiedad alta, al correlacionar esta misma variable con el control glucémico dividido en bueno, pobre y regular no se encontraron asociaciones significativas con un pobre control de la enfermedad.

Aunque no se hayan encontrado diferencias significativas entre grupos en cuanto a los síntomas de Ansiedad en la presente investigación, es importante señalar que se encontraron personas “en riesgo” de desarrollar la patología, es decir, contestaron afirmativamente a algunos ítems de la dimensión como los relacionados al nerviosismo, miedos, sentimientos de nerviosismo y agitación, inquietud y sustos sin alguna razón aparente.

Se puede notar que los pacientes afirman signos generales de Ansiedad sin llegar a presentar la patología, dicha información es relevante para trabajadores e instituciones de salud puesto que los síntomas de Ansiedad suelen estar asociados a otras patologías o dificultades psicológicas y de salud.

En cuanto a la discrepancia entre la presencia de síntomas de Depresión y Ansiedad, este último se caracteriza por la sensación de un peligro amenazador, es decir sentimientos de preocupación, temor y tensión. La ausencia significativa de los síntomas de Ansiedad en el grupo de pacientes con Diabetes mellitus pudiera estar relacionada con la poca susceptibilidad de riesgo y de la severidad de las complicaciones crónicas de la enfermedad.

Dada la relevancia del buen manejo de las emociones en una enfermedad como la Diabetes mellitus crónica es importante la intervención psicológica temprana puesto que los factores cognitivos y emocionales favorecen u obstaculizan el adecuado manejo y control de la enfermedad.

Las patologías podrían funcionar como limitantes para el manejo de la Diabetes ya que la demanda del tratamiento suele requerir de motivación y compromiso por parte del paciente, así, una persona con problemas de Ansiedad o Depresión tendrá menos probabilidad de cumplir con las recomendaciones de autocuidado y lo hará por tal motivo más propenso a perjudicar su estado crónico de salud.

Trastorno de Somatización

El listado de síntomas (SCL-90) entiende al Trastorno de Somatización como la percepción de malestares relacionados con diferentes disfunciones cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias que sin duda pueden tener una connotación psicológica, es decir, la presencia de múltiples síntomas somáticos en diferentes sistemas del cuerpo están asociados con trastornos por Ansiedad y depresivos los cuales constituyen el centro de los desórdenes somatomorfos.

Dicho constructo se forma a partir de los siguientes ítems del cuestionario: Dolores de cabeza, sensación de mareo o desmayo, dolores de pecho, dolores de espalda, náuseas o dolor de estómago, calambres en manos, brazos o piernas, tener dificultades para respirar bien, ataques de frío o calor, hormigueos en alguna parte del cuerpo, sentir un nudo en la garganta, sentir flojedad, debilidad en alguna parte del cuerpo, sentir mis brazos o piernas muy pesadas.

Las principales preguntas de investigación acerca de dicho trastorno y su relación con la Diabetes se abordan de acuerdo al orden en que fueron planteadas para su investigación.

- ¿Cuáles son las diferencias en los niveles de Somatización dentro de los tres grupos investigados (Diabetes controlada, descontrolada y sin Diabetes)?

Tras los análisis estadísticos en el grupo de pacientes con Diabetes mellitus crónica controlada, Diabetes mellitus crónica descontrolada y sin Diabetes se comprobó que no existen diferencias significativas en los síntomas de Somatización reportados en cada grupo (Tabla 8).

Se asume entonces que los pacientes perciben y reportan de igual forma síntomas psicológicos pese al estado de salud, es decir, no hay diferencia en síntomas de Somatización a pesar de pertenecer o no al grupo de pacientes con Diabetes mellitus y estar en control o descontrol de la enfermedad.

- ¿Las personas con Diabetes Mellitus crónica presentan mayores síntomas de Somatización en comparación con pacientes sin la enfermedad crónica?

La comparación estadística de los síntomas de Somatización entre el grupo de pacientes con Diabetes mellitus crónica y pacientes sin Diabetes reveló que existen diferencias significativas entre los promedios de ambos grupos, siendo más alta la presencia de síntomas somáticos en el grupo de pacientes con Diabetes (Tabla 9).

En ambas muestras se encontraron pacientes “en riesgo” de desarrollar trastornos de Somatización como patología pero ninguno en rango “severo”.

La muestra conformada por personas con Diabetes mellitus arrojó nueve pacientes que calificaron en rango de “riesgo” de desarrollar el trastorno de Somatización, la diferencia estadística se asume puesto que en el grupo de pacientes SIN la enfermedad crónica se encontraron solo cuatro pacientes “en riesgo” de desarrollar la patología.

Dichos pacientes reportaron los dolores de espalda, calambres en las manos, brazos y piernas, sentimientos de pesadez en las extremidades, flojedad o debilidad en alguna parte del cuerpo y los dolores de cabeza como los principales síntomas físicos asociados al trastorno de Somatización.

Ante los resultados, se concluye que el paciente con Diabetes mellitus crónica además de vivir el estado de cronicidad de la enfermedad sobrelleva síntomas psicológicos los cuales llegan a expresarse físicamente a través del trastorno de Somatización, es decir, existe un trastorno corporal o dolencia física donde los elementos psicológicos se vinculan con su aparición, mantenimiento o agravamiento.

En el caso del paciente con Diabetes mellitus crónica la conversión física de las emociones no manejadas adecuadamente perjudica el estado crónico de la enfermedad y ante el origen psicológico del trastorno, el paciente asimilará los síntomas físicos como propios de la enfermedad, teniendo estos en realidad un origen psicógeno.

La carga de síntomas físicos “extra” puede dificultar la percepción adecuada de salud del paciente con Diabetes mellitus, afectando la motivación para el control físico adecuado y el buen manejo psicológico y físico de la enfermedad.

La presencia de síntomas asociados al trastorno de Somatización confirma cómo el paciente con Diabetes mellitus crónica sufre mayor carga de distrés psicológico que los pacientes sin Diabetes, dicha aseveración es confirmada a través de las dimensiones correspondientes a los síntomas de Depresión y Ansiedad los cuales conforman el centro de los desórdenes Somáticos y que también fueron más elevados en la muestra de pacientes con Diabetes mellitus crónica que en pacientes sin Diabetes

En cuanto a la comparación de los resultados de esta investigación en torno al trastorno de Somatización en pacientes con Diabetes mellitus se mencionarán algunos estudios que trabajan de manera indirecta dicha variable ya que el trastorno per se ha sido poco estudiado en la población que con la enfermedad crónica.

Se coincide parcialmente con Brands, Van den Berg, Manschot, Jan Biessels, Kappelle, Han y Kessels (2007) quienes publican un estudio sobre encefalopatía diabética en la Universidad de Utrecht Holanda, en su estudio participaron 119 pacientes de entre 52 y 80 años con Diabetes mellitus y 55 personas en un grupo control de entre 53 a 78 años.

La comparación entre los dos grupos abarco aspectos cognitivos, trastornos depresivos, anormalidades en el cerebro (evaluadas mediante imágenes de resonancia magnética MRI) y bienestar general psicológico evaluado a través del Symptom Checklist (SCL-90).

En cuanto a los resultados del trastorno de Somatización, el estudio arrojo una media en la presencia de la patología de 20.4 para el grupo de pacientes con Diabetes mellitus y 18.0 para el grupo control. Aunque se puede observar una diferencia entre resultados de los niveles de Somatización, ésta no llega a ser significativa ($p= .012$), dicho resultado difiere de lo encontrado en nuestra población donde las el trastorno de Somatización llega a ser significativamente más alto en la población con Diabetes que en la población sin la enfermedad crónica.

En el estudio con población holandesa se demostró que los pacientes con Diabetes mellitus presentan alteraciones cognitivas modestas y mayores niveles de angustia psicológica, sin embargo los resultados en el trastorno de Somatización no coincidieron con lo revelado por la presente investigación en población mexicana.

- ¿Existen diferencias en los niveles de síntomas de Somatización presentados por los pacientes con Diabetes crónica controlada (igual o menor a 126 mg/dl) y Diabetes descontrolada (mayor a 126 mg/dl)?

Una vez descubiertas las diferencias significativas del trastorno de Somatización entre pacientes con y sin Diabetes mellitus crónica, se indago sobre la presencia de dicho trastorno en pacientes que mantienen un control y en pacientes que mantienen un descontrol de su enfermedad, dicha comparación no arrojo diferencias significativas entre las muestras.

El grupo de pacientes que indicaban un control glucémico adecuado (igual o menor a 126 mg/dl) se conformó por cuatro personas “en riesgo” de desarrollar trastorno de Somatización mientras que los pacientes en descontrol de su enfermedad (niveles de glucosa superiores a 126 mg/dl) sumaron un total de cinco personas “en riesgo” de desarrollar dicha patología.

Los resultados confirman lo encontrado en otras dimensiones estudiadas (Depresión y Ansiedad), donde tampoco se encontraron diferencias significativas entre pacientes en control y descontrol de su enfermedad.

Se concluye que el manejo adecuado o inadecuado de la enfermedad no será predictor de una mayor presencia de síntomas psicológicos, es decir, el descontrol de la Diabetes crónica y la elevada concentración de glucosa en la sangre del paciente con Diabetes mellitus no provoca incremento de los síntomas de Somatización o de síntomas físicos ajenos a la propia enfermedad.

Conforme a lo anterior se concuerda en parte con Jacobson, Adler, Wolfsdorf, Anderson y Derby (1990), quienes en un grupo de 64 personas con Diabetes Mellitus del Centro de Diabetes Joslin de la ciudad de Boston, contrastaron 37 pacientes con estados glucémicos adecuados contra 27 pacientes con un control inadecuado de la enfermedad.

Los participantes fueron identificados antes de la cita médica programada habitualmente y tras la revisión de sus expedientes se invitaron a participar a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión en el estudio.

Los criterios para su inclusión se establecieron de acuerdo a los especialistas en Diabetes, quienes de acuerdo con el nivel de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) establecieron si el paciente tenía un pobre control o un buen control de glucosa y por lo tanto de su enfermedad.

Se aplicó “El listado de síntomas SCL 90” y no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los síntomas de Somatización entre los grupos, sin embargo resalta que la media más alta (53 ± 10) se encontró en el grupo de pacientes con un buen control glucémico frente a los resultados del grupo de pacientes con un pobre control glucémico (51 ± 10).

- ¿Cuál es la asociación entre los niveles de glucosa en la sangre y los síntomas de Somatización en pacientes con Diabetes mellitus crónica?

En cuanto a la asociación de los síntomas de Somatización y los niveles de glucosa en sangre del paciente con Diabetes no se encontraron asociaciones significativas entre las variables (Tabla 10).

Ante tal hallazgo se entiende que la carga de síntomas de Somatización no influye en el control adecuado o inadecuado de la enfermedad, por lo cual no existe dependencia entre los síntomas de Somatización y los niveles altos de glucosa en sangre.

Se confirma lo encontrado en objetivos anteriores donde se corrobora la igualdad de síntomas de Somatización independiente al control adecuado o inadecuado de la enfermedad, se asume que los síntomas de Somatización no alteran el

estado físico de los pacientes con Diabetes mellitus crónica o sus niveles de glucosa.

Además de los resultados, se concluye que no existen diferencias en cuanto al número y prevalencia de síntomas psicopatológicos entre pacientes con glucosa controlada y descontrolada, sin embargo dicha relación cambia cuando se contraponen una muestra de pacientes con Diabetes mellitus crónica contra pacientes sin la enfermedad.

La Diabetes crónica genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece, dichas emociones además de ser intensas, son afrontadas inadecuadamente por lo que perjudica no solo la psique, sino también pudiera afectar la condición física del paciente con Diabetes mellitus a través de trastornos como la Depresión y Somatización los cuales al no ser propiamente atendidos pudieran llegar a perjudicar la calidad de vida del paciente.

Mediante este estudio se comprobó que la prevalencia de psicopatologías en el paciente con Diabetes mellitus crónica está por encima de la población sin el padecimiento, dichos síntomas generan un deterioro en la psique del paciente dando pie a patologías físicas y psicológicamente más demandantes.

Se afirma la necesidad de trabajar en el paciente con Diabetes mellitus crónica de forma integral y no sólo relevar el control de la enfermedad a la toma de medicamentos o insulina, los cuales pudieran llevar al paciente a un aparente estado de conformidad y dependencia por el balance glucémico que dicho fármaco aporta.

Es innegable que a pesar de los aportes de la Psicología y la Medicina al campo de la Salud el logro adecuado de patrones de glucosa en los pacientes con Diabetes mellitus crónica luce como una tarea difícil, sobre todo por el rápido desarrollo de cambios culturales y sociales como el envejecimiento de la

población, el aumento de la urbanización, cambios de dieta y la reducción de la actividad física, lo cual hace que el control adecuado de la enfermedad sea sólo alcanzable por pocos individuos.

Las problemáticas comunes de vida y la resistencia a las mismas es afectada por la personalidad del enfermo, factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre y dichas variables parecen ser un buen predictor del manejo que el paciente tiene respecto a la enfermedad crónica.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el presente estudio existe una influencia del entorno psicosocial del paciente en el manejo de su enfermedad, por lo cual es importante para futuras investigaciones contrastar las experiencias estresantes y el apoyo familiar que tiene el paciente con Diabetes mellitus crónica en el manejo de su enfermedad.

Pudiera entenderse que no puede haber salud sin salud mental, los trastornos mentales aumentan la comorbilidad con las enfermedades crónicas y sus consecuencias, el riesgo de psicopatologías complica el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Diabetes mellitus.

Conocer el valor de las variables psicológicas en los pacientes con Diabetes mellitus crónica puede ayudar en el diseño de intervenciones dirigidas a disminuir la sintomatología física a través de tratamientos psicológicos integrales diseñados para contribuir al paciente ante la aparición de complicaciones no sólo de salud sino también en aspecto psicosocial con el fin de mejorar la percepción y calidad de vida de los pacientes.

La segmentación de pacientes en grupos de buen y mal control de la enfermedad aumenta la posibilidad de detectar características psicológicas de cada grupo y ser asociadas a diferentes niveles de control glucémico, por lo que se propone dicha metodología para estudios posteriores pero también para su aplicación con

el fin de proporcionar de manera equitativa atención a las condiciones psicológicas y físicas y así mejorar pronósticos y el manejo de la enfermedad.

Es necesario evaluar y desarrollar nuevas intervenciones psicológicas las cuales se pueden integrar en la gestión de tratamientos de las enfermedades con el fin de fortalecer los sistemas de Salud del país y por ende mejorar las condiciones de los usuarios que padecen de enfermedades crónicas y agudas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acevedo O., Dávila R., González A., Molina I. & Yáñez M. (2013) Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista Especialidades Médico Quirúrgicas*. 18. 13-18.
- Adler A., Anderson B., Derby L., Jacobson A. & Wolfsdorf J. (1990) Psychological Characteristics of Adults With 1DDM Comparison of Patients in Poor and Good Glycemic Control. *Diabetes Care*. (13) 4.
- Aguirre M. & Alicia E. (2001) *Cuentos de la mitología griega*. Ed. de la Torre. Madrid España.
- Aganovic I., Basic S., Filipdi I., HajnSek S., Hotujac L., Mardinko D., Pavidic F. & Popovic-Grle S. (2007) Screening for Depression Disorders in Patients with Chronic Somatic Illness. *Collegium Antropologicum*. 31, (1) 139-143.
- Alda M., García-Campayo J., Olivan B. & Pascual A. (2005) Tratamiento psicológico en el trastorno de Somatización: Eficacia y propuestas de Intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 10 (1) 15-23.
- Alexander F. (1939) Emotional Factors in Essential Hypertension. *Psychosomatic Medicine* 1:173-179
- Algra A., Biessels G., Brands A., de Haan E., de Valk H., Kappelle L. & Kessels R. (2007) Cognitive functioning and brain MRI in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus: a comparative study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 23(5):343-50.

Ali S., Davies M., Khunti K., Peters J. & Stone M. (2006) *Diabetes Medicine*. 23.1165-1173.

Alvarado B., Gaona L., González N., González S., Moral J. & Valdez J. (2010) Emociones y síntomas físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria*, 12 (47): 96- 105.

Alvarado B., Gaona S., González N., González S., Moral J. & Valdez J. (2010) Medición del fenómeno de la somatización con una escala desarrollada en México. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 96, 20- 34.

Alvarado B. & Moral J. (2011) Validez y confiabilidad de la escala de síntomas somáticos revisada en adultos mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (4).

Álvarez J. & Moral J. (2009) Los hábitos de salud como vías para la salud y la enfermedad. *De la salud a la enfermedad*. México, UANL; 7-22.

American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Revised. Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatry Publishing (2013) Highlights of changes from DSM- IV- TR to DSM- 5. APA DSM 5 development. Recuperado en: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Anderson R., Clouse R., De Groot M., Freedland K. & Lustman P. (2001) Association of diabetes complications and depression in type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes*. 49, A63.

Anderson R., Clouse R., Freedland K. & Lustman P. (2001) The prevalence of comorbid Depression in adults with Diabetes. *Diabetes Care*. 24: 1069-1078.

Anderson R. & Funnell M. (2004). Empowerment and self-management of Diabetes. *Clinical Diabetes*. 22, (3), 123- 127.

Arroyo M. & Roca M. (1996) *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Editorial Masson.

Asociación Americana de Psicología (APA) Recuperado en <http://www.apa.org/>

Asociación Americana de Diabetes (AMA) Recuperado en: <http://www.diabetes.org/>

Asociación Mexicana de diabetes (AMD) Recuperado en: <http://www.amdiabetes.org/>.

- Ayaviri M., Caballero J & Lino R. (2009) Prueba de Hemoglobina Glucosilada. *Revista paceña de medicina familiar*. 6 (9): 18-20.
- Ballester R. (1998) *Salud y Psicología de la Salud*. En F. Palmero y E. Fernandez Abascal (Eds.), Emociones y Adaptación. 41- 65. Barcelona: Ariel.
- Barcia D. & Rodado J. (2003) El cáncer como enfermedad psicosomática. Aspectos psicoinmunológicos. *Anales de Psiquiatría*. 17 (1), 13- 21.
- Barrios P., De los Ríos J., Guerrero V., & Sánchez J. (2003) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica IMSS*. 42 (2): 109-116.
- Bejarano J. (2009) Guía de estudio para el curso: Psicología de la salud. Escuela de ciencias sociales y humanidades. Universidad Estatal a Distancia.
- Belloch A. & López J. (2002) Somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7 (2) 73- 93.
- Belloch A., López J. & Madrigal M. (2006) Valoración del screening de Ohtmer y DeSouza para el trastorno de somatización en salud mental. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Universidad de Valencia 76- 77.
- Belloch A. & López J. (2002) La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7, (2), pp. 73-93.
- Bermudez V., Cano C. & Pineda N. (2004) Aspectos Psicológicos y personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Sociedad Venezolana de Farmacología y Farmacología Clínica y Terapéutica*. 23 (1), 13-17.

- Bermúdez V., Cano C., Mengual E. & Pineda N. (2004) Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología Clínica y Terapéutica*. 23(1):74-78.
- Beaser R., Garbus S. & Jacobson A. (1996) *Diabetes mellitus*. In B. Spilker, Ed. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials: Second Edition. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Belloch A. & López J. (2002) La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7, (2). 73-93.
- Blanchard E. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 795-796
- Bolk J., Brand R., Rooijmans H., Trijsburg R. & Kooiman C. (2000) Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosomatic Medicine*. 62, 768- 778.
- Bonilla M., Rojas M. & Trejo L. (2005) Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Neurología Neurocirugía y Psiquiatría*; 38(2):63-68.
- Bordon M., Camarero O., Carrio J. & Martinez O. (2009) Comportamiento de variables psicológicas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Policlinico docenete*; Noelio Capote. Jaruco Cuba.
- Bundy C., Davies R., Dickens C., Dunkerley R., Paschalides C. & Wearden A. (2004) The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycemic control and health-related quality of life in patients with type 2 Diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557- 564.

- Bourgeois J. (2006) Psychosomatic Medicine in the Clinical and the Lab. *Psychiatric Times*. 23, 5-5.
- Bush T., Ciechanowski P., Katon W, Lin E., Ludman E., Rutter C., Simon G., Von Korff M. & Walker E. (2004) Improving primary care treatment of depression among patients with diabetes mellitus: the design of the pathways study. *General Hospital Psychiatry*. 25:158–168.
- Brett D., Guzder J., Jarvis G., Jurcik T. & Kirmayer L. (2008) Use of an expanded version of the DSM-IV outline for cultural formulation on a cultural consultation service. *Psychiatric Services*. 59 (6), 683-686.
- Briquet P. (1859) *Tratado de la Histeria*. Paris, Baillière.
- Broadbent E. & Rief W. (2007) Explaining Medically unexplained symptoms models and mechanisms. *Clinical psychology review*. 27, 821- 841.
- Bush T., Ciechanowski P., Katon W., Lin E., Ludman E., Russo J., Simon G. & Von Korff M. (2004) Influence of Patient Attachment Style on Self-care and Outcomes in Diabetes. *Psychosomatic Medicine*. 66 (5) 720-728
- Bustamante J (1982) *Psicología Médica*. Ed. Científico-Técnica. Cuba.
- Cabrera D., Jaimes L., Ruíz A. & Vallejos A. (2008) Trastornos Somatomorfos. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 51 (4) 147- 149.
- Caplan G. (1980) *Principios de Psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1980; 53.
- Cardenal V. & Oñoro I. (1999) Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. *Psicología.com*. 3 (2). Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_f.htm

- Carnethon M., Kinder L., Fair J., Stafford R. & Fortman S. (2003) Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: Findings from the National Health and Nutrition examination epidemiologic follow up study, 1971-1992. *American Journal of Epidemiology*. 158, 5, 416- 423.
- Chandrashekar CH. & Math S. (2006) Psychosomatic disorders in developing countries. *Current opinion in Psychiatry*. 19 (2), 201- 206.
- Cheadle A., Goldberg H., Hirsch I., Hoath J., Mullen M. & Ralston J. (2009) Web-Based Collaborative Care for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 32: 234-239.
- Chen W., Chen Y. & Zhang C. (2008) Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Research Clinical Practice*. 79. 523-530. 4.
- Chen C., Chou K., Tsai P. & Wang. (2008) A systematic review of the efficacy of non-pharmacological treatments for depression on glycaemic control in type 2 diabetics. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (19); 2524–2530.
- Chida Y. & Kubo C. (2006) Psychoneuroimmunology of mind and body. *International Congress Series*. 1287, 5 - 11.
- Chiooza L. (1997) Los afectos ocultos. Buenos Aires: Alianza.
- Chorot P. & Martínez P. (1995) *Trastornos somatomorfos*. En: A. Belloch B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. 2, 225- 266. Madrid: McGraw Hill.

- Clark M., Eaton W. & Liu O. (1997) Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*. 27, 617-626.
- Clayton P., Cloninger C., Guze S. & Martin R. (1986). A prospective follow up and family study of somatization in men and woman. *American Journal of Psychiatry*. 143. 873-878.
- Cobo C., Fabián M. & García M. (2010) Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna de México*. 26 (2).100-108.
- Collins M., Corcoran P. & Perry I. (2009) Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*. 26(2):153-61.
- Creech S., Furlanetto L., Powell L. & Von Ammon S. (2001) Medical illness, past depression and present depression: a predictive triad in-hospital mortality. *American Journal of Psychiatry*. 158 (1), 43- 48.
- Cruz-León A., Enríquez-Martínez R., García-Barjau H., Morales-Ramón F., Rivas-Acuña V. & Román-Alvarez J. (2011) Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*. 17 (1-2); 30- 35.
- Davies P. (2007) Between health and illness. *Perspectives in Biology and Medicine*. 50 (3), 444- 452.
- Dávila M. & Jiménez M. (2007) Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25 (1) 126- 143.
- De Groot M., Dvorak R., Hauser S., Herman L., Jacobson A., Willet J. & Wolfsdorf J. (1997)) Psychological Adjustment to IDDM: 10-Year Follow-Up of an Onset Cohort of Child and Adolescent Patients. *Diabetes Care*. (20) 5.

- De Groot M., Jacobson A. & Samson J. (1997) The effects of psychiatry disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Quality of Life Research*. 6: 11-20.
- De Gucht V. & Fischler B. (2002) Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*. 43, (1), 1- 9.
- De Gucht, V. & Maes S. (2006) Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research*. 60, 349– 352.
- De Souza C. & Ohmer E. (1985) A screening test for somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*. 142, 1146- 1149.
- De Vries J., Eskes S., Heine R., Kostense P., Pouwer P., Seubert M., Snoek F., Spijker A. & Van Ballegooie E. (2001) Continuous intraperitoneal insulin infusion in patients with 'brittle' diabetes: favourable effects on glycaemic control and hospital stay, Diabetes UK. *Diabetic Medicine*, 19, 496–501
- Derogatis, L. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dominicé M., Groleau D., Looper K. & Kirmayer L. (2004) Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*. 49 (10), 663- 71.
- Dunbar H. (1935) *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships, 1910-1953*. 4th ed. New York: Columbia Univ.
- Edelwich J., & Brodsky A. (1998) *Diabetes: caring for your emotions as well as your health*. New York: Perseus Books.

Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) Recuperado en <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) Evidencia para la política pública en salud. *Instituto Nacional de Salud Pública*.

Engel G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196(4286):129-36.

Escobar J., Gara M., Holman A., Silver R. & Waitzkin H. (1998) Abridged somatization: a study primary care. *Psychosomatic Medicine*. 60, 466- 472.

Fava M., Iosifescu Dan V., Papakostas G., Petersen T. & Shear D. (2006) Clinical characteristics of depressed patients with comorbid diabetes mellitus. *International clinical psychopharmacology*. 21, 43- 47.

Federación Internacional de Diabetes (2013) *Atlas de la Diabetes de la FID* (6ta edición) Recuperado en <http://www.idf.org/diabetesatlas>

Federación mexicana de diabetes (FMD) Recuperado en <http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/index.php>

Feinglos M., Lane J., McCaskill C., Parekh P., Surwit R. & Williams P. (2000) Personality correlates of glycemic control type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 23, 1321-1325.

Ferronato A., Péres D., Santos M. & Zanetti M. (2007) Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(6): 1105-1112.

Freud S. (1993) *La formación de síntomas*. En S. Freud (Ed.), Compendio de psicoanálisis. Barcelona: Ediciones Altaya. (Edición original 1916).

- Froján M, & Orejudo S. (2005) Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de psicología*. 21 (2), 276-285.
- Gaab J. & Heinrichs M. (2007) Neuroendocrine mechanisms of stress and social interaction: implications for mental disorders. *Current opinion on psychiatry*. 20, 2- 158.
- Gabbard G. (2004) *Long term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. American Psychiatric Publishing Inc. First edition. Virginia, Estados Unidos.
- García J., González M., Moreno S., Moral J. & Landero R. (2011) Evaluación, modelos y tratamiento de la Somatización. Su aplicación al tratamiento de la fibromialgia. Madrid: Plaza y Valdes.
- García- Campayo J. (1999) Usted no tiene nada. La somatización. Barcelona: Océano.
- García- Campayo J, González M. & Landero R. (2009) Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*. 25 (2) 141- 145.
- Garzón & Seoane (2010) *Orientaciones y futuro de la psicología de la salud*. Tratado de Psiquiatría. Ed. Vallejo y Leal. Barcelona España.
- Glasgow R. (1994): *Social-environmental factors in diabetes: Barriers to diabetes self- care*. En: Bradley, C. (ed.): Handbook of psychology and diabetes: a Guide to psychological Measurement in Diabetes Research and Practice. Switzerland: Har- wood Academic.

- Godoy J. (1990) Estrategias de intervención en neuropsicología, en Jornadas Nacionales de Neuropsicología Clínica y Funciones Cerebrales. Madrid: Siglo XXI.
- González M. & Landero R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*. 12 (1), 45- 61.
- González M. & Landero R. (2008) Confirmación de un modelo explicativo del estrés y los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista panamericana de salud pública*. 23 (1) 7- 18.
- Guze S. & Perley M. (1962) Hysteria- the stability and usefulness of clinical criteria. *The New England Journal of Medicine*. 266. 421- 426.
- Guze S. & Perley M. (1963). Observation on the natural history of hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 119. 960-965
- Guzmán R. (2011) Trastorno por somatización: su abordaje en atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 4, (3), 234- 243.
- Heine R., Scholtes M. & Snoek F. (1991) Prevalence of fear of hypoglycaemia in patients with type I diabetes. *Diabetología*. 34 (2), A176.
- Hill S., Hodgson J., Howell C., Lamson A., Phelps K., Seemann T. & Smith D. (2009) A collaborative care model for patients with type 2 diabetes. *Families systems & health*. 27, (2), 131- 140
- Holloway K. & Zerbe K. (2000) Simplified approach to Somatization disorder: When Less may Prove to be More. *Postgraduate Medicine*. 108 (6). 89- 95.

- Hoyos M., Londoño C., & Restrepo D. (2008) Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*. 4 (10): 137-147.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Recuperado en <http://www.inegi.org.mx/>
- International Diabetes Federation (IDF) Recuperado en <http://www.idf.org/>
- Janis I. (1958) Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York: John Wiley & Sons.
- Karvonen J., Veijola J., Kantojärvi L., Miettunen J., Eke-lund J., Lichtermann D., Läksy K. & Joukamaa M. (2006) Tem-perament profiles and somatization. An epidemiolo-gical study of young adult people. *Journal Psychosomatic Researh*. 61, 841-846.
- Kellner R. (1991). Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms. Washington DC.
- Kleinebreil L., Landgraf R., Lauritzen T., Matthews D., Peyrot M, Rubin R, Snoek F. & Skovlund S. (2005) Resistance to Insulin Therapy Among Patients and Providers. Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*. 28:2673-9
- Kleinman A. & Kleinman J. (1986) Somatization: the interconnections among culture, depressive experiences, and the meaning of pain. Culture and Depression. CA: University of California Press.
- Kirmayer L. & Robbins J. (1996) Patients who somatize in primary care: A longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine*. 26, 937- 951.

- Kirmayer L., Kroenke K., Mayou R., Phil M., Sharpe M. & Simon G. (2005) Trastornos somatomorfos: un nuevo enfoque para el DSM-V. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 8:460-468
- Lauerma H., Lipsane T. & Saarijavi S. (2004) Exploring the relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia- Overlapping or independent Constructs?. *Psychopathology*. 37 (4).
- Larsson C., Leal C., Martin E., Querol M. & Renovell M. (2007) *Avances en diabetología*, 23, (2), 88- 93.
- Lazarus R. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
- Lemos M., Restrepo D. & Londoño R. (2008) Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*. 4 (10), 137- 147.
- Lerman I. (2001) *Atención integral del paciente diabético*. Segunda edición, México, DF., Mc Graw. Hill, Interamericana.
- Lopez S., Rodriguez J. & Pastor A. (1990) Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. *Psicología de la Salud: aportaciones desde la psicología social*. Madrid: Sedal. 1990; 159- 96.
- Lipowski Z. (1987) Somatization: medicines unsolved problem. *Psychosomatics*. 28, 294- 297.
- Lipowski Z. (1988) Somatization. The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*. 145:1358-1368
- Lipowski, Z. (1999). Somatization: The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358-1368.

- Litwak L., Lovazzano S. & Vanoli G. (2007) La Diabetes y el daño pulmonar: Pulmón diabético. *Servicio de Endocrinología y Metabolismo*. 41 (4).
- Llanes A., Maldonado G., Saldívar A. & Sánchez I. (2011) El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. *Retos y expectativas para el futuro Salud Mental*. 34, (4) 367-378.
- Llorente I. (2007) Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Avances en diabetología*. 23 (2): 94- 99.
- Matarazzo J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*. 37, 1- 4.
- Martin R. & Yutzy S. (1996) *Trastornos de somatización*. En Hales R., Yudofsky S. y Talbott J. (Eds.), Tratado de psiquiatría (2a Edición; 350- 396) Barcelona: Áncora.
- Miranda M. (2000) *Evaluación del proceso de cuidado de la diabetes mellitus, Implicaciones psicopedagógicas para la adhesión al tratamiento y calidad de vida*. Tesis de Doctorado. Universidad de Salamanca.
- Morales F. (1999) *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós Tramas sociales. La Habana, Cuba.
- Nelson M. & Wimbush F. (2000) *Stress, psychosomatic illness and health* en V. Hill ed., Handbook of stress, coping and Health, Londres, Sage. 143- 174.
- Oblitas L. (2008) Panorama de la psicología de la salud. *Revisita Psicocientífica* (Versión electrónica)
- Ogden J. (2007) *Health Psychology a textbook* 4th edition. London: McGraw- Hill
- Organización mundial de la salud (OMS) Recuperado en <http://www.who.int/es/>.

- Oviedo M. & Reidl L. (2007) Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en Diabetes tipo 2. *Revista mexicana de psicología*. 24, (1), 31-42
- Peralta G. (2011) Motivación de la persona con diabetes. *Diabetes práctica*. 2 (2), 73- 77.
- Pompa E. (2011) *Evaluación de un trabajo multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Pompa E. (2011) Aspectos emocionales de la angustia y depresión en la Diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva psicoanalítica. *Avatares del cuerpo contemporáneo*. Edición UANL, Monterrey, México. 119- 235.
- Pop V., Pouwer F. Spek V & Stoop C. (2011) Disease management for co-morbid depression and anxiety in diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial in primary care. *BMC Family Practice*. (12) 139.
- Portilla L., Román J. & Romero M. (1991) El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista latinoamericana de psicología*. 23 (12) 199- 205.
- Rivas-Acuña V. (2006) *Influencia de la preocupación, Ansiedad y Depresión en la Diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rocamora A. (2006) *Creecer en crisis*. En: Como recuperar el equilibrio perdido. Bilbao: Desclee de Brouwer eds, 2006; 169- 70
- Rodríguez V., Solano G. & Sumaya G.(2005) Intervención psicológica integral al paciente con diabetes mellitus. *Revista científica electrónica*. Instituto de Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/23>

- Rubin G. & Wessely S. (2001) Dealing with dualism. *Advances in Mind- Body Medicine*. 17 (4), 256- 259.
- Salazar B. & Lazcano M. (2007) Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, *Aquichan*. 7 (1) 77- 84.
- Sánchez- Sosa J. (2002) Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*. 19, 85- 92.
- Sarason I. & Sarason B. (1996). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada México*: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana
- Schoenfeld R. & Sivik T. (2001) Somatization and the paradigm of psychosomatology. *Advances in Mind- Body Medicine*. 17 (4), 263- 266.
- Schwartz G. & Weiss S. (1978). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*. 1 (3), 249-251.
- Stekel W. (1943) *Frigidity in woman in relation to her love life*. New York: Liveright Publishing Corporation.
- Uribe M. (2006) Modelos conceptuales en medicina psicosomática. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 35, 7- 20
- Valderrama C. (2008) *Intervención psicológica en la adherencia terapéutica para el control de Diabetes mellitus 2*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez O., Whetsell M. & Zavala M. (2006) Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*. 1, (6) 8- 21.

ANEXOS

ÍNDICE DE SÍNTOMAS SCL-90-R

L. R. Derogatis.

FECHA _____ EDAD _____ FECHA DE DIAGNOSTICO DE DIABETES _____

NUMERO DE EXPEDIENTE _____ ÚLTIMO RESULTADO DE PRUEBA DE AZÚCAR: _____

SEXO: Mujer – Varón

EDUCACIÓN:

Primaria Incompleta Secundaria incompleta Preparatoria Incompleta Carrera Incompleta

Primaria Completa Secundaria Completa Preparatoria Completa Carrera Completa

ESTADO CIVIL:

Soltero

Divorciado

Viudo/a

Casado

Separado

En pareja

OCUPACIÓN: _____

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Dolores de cabeza					
2. Nerviosismo					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					

8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado, malhumorado.					
12. Dolores de pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy poca energía.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo					
22. Sentirme atrapada/o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					

27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					

45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					

62. Tener ideas, pensamientos que no son los Míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.					

78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					