




# ESTUDIO DE UN CASO: DIABETES Y ESTRÉS

**José M. Sanz**  
**Miguel Ángel Cuquerella**  
**Cristina Vázquez**  
**Lourdes García**

R3 Psicología Clínica y de la Salud  
R1 Psicología Clínica y de la Salud  
R3 Otorrinolaringología  
R2 Endocrinología





# CASO CLÍNICO

José M. Sanz

# INTERCONSULTA

“**Buen control** hasta hace 2 años que empeora significativamente atribuido a **estrés emocional** que no puede superar”



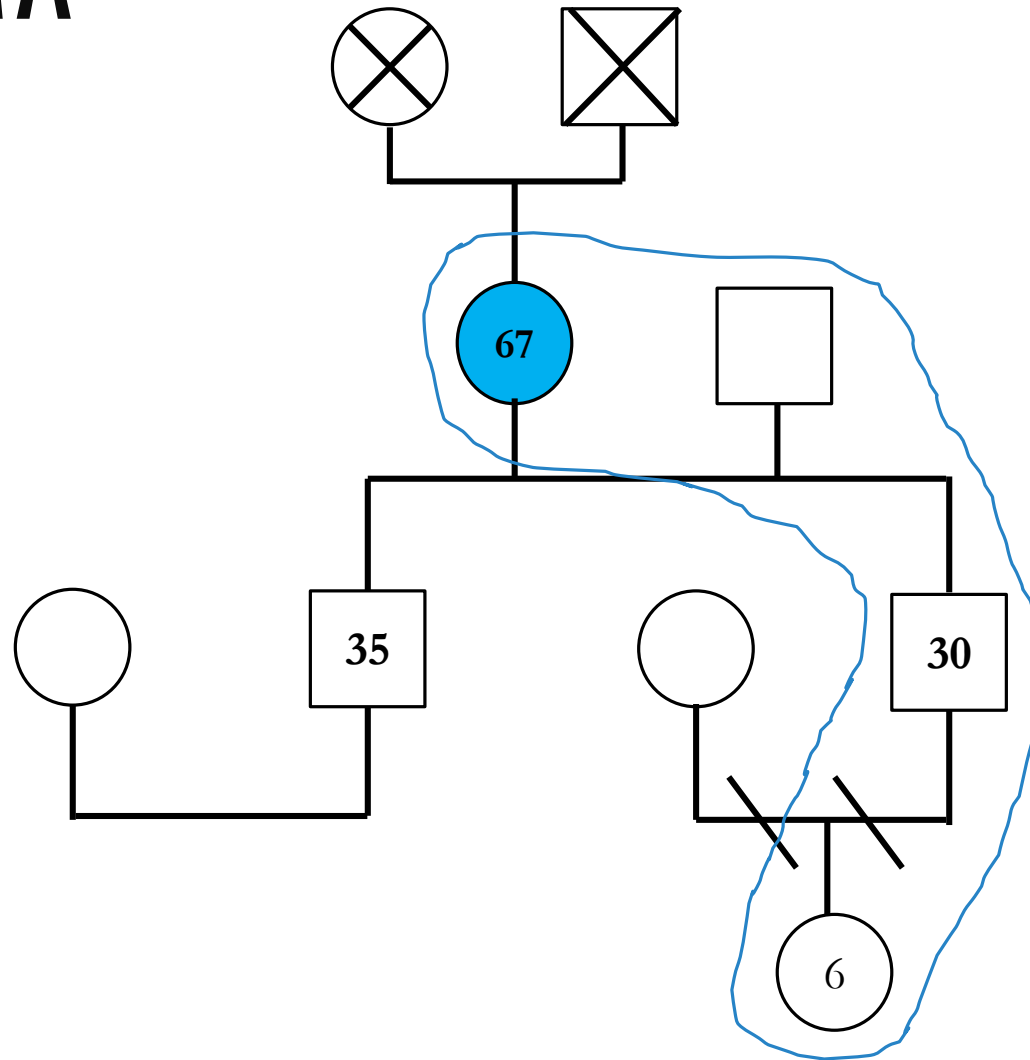
# IMPORTANCIA DE LA DERIVACIÓN

“Tiene **mucho estrés** y esto es muy **negativo** para su enfermedad (papel pasivo). **Le envío** a un psicólogo (poca sensación de elección: motivación externa)”

**VS**

“Quizás estén sucediendo cosas en su vida que le **dificultan cuidarse** de sí misma (papel activo). ¿Qué le parecería **hablar con un profesional** que tuviera el tiempo y la formación para atenderla? (posibilidad de elección: motivación interna)”

# GENOGRAMA



# DATOS SOCIO-BIOGRÁFICOS

- Ama de casa 67 años.
- **Dedicada al cuidado:**
  - De su hijo de 30 años (le limpia la ropa, despierta por las mañanas para que vaya a trabajar y hace las comidas).
  - De su nieta que pasa la mayor parte del día en su casa.
  - De su marido enfermo de varias patologías crónicas.
- Problemas de **salud** (hipoacusia, DM).
- Buena adherencia al tratamiento médico.

# EVALUACIÓN ESTADO MENTAL

## ○ Cuestionario HAD:

- **Ansiedad:**16
  - **Depresión:**17
- } Se interpretan como “problema clínico”

## ○ Entrevista clínica:

- Sensación de **agotamiento**, estado de ánimo **distímico**, apático e irritable de años de evolución.
- Ansiedad sentida en forma de **preocupaciones** constantes por su hijo y su nieta principalmente.
- **Estrés** y autoestima provenientes del rol de cuidador.

# HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Para la paciente existe un **incompatibilidad entre cuidarse** a sí misma y cuidar a los demás, especialmente de su hijo.

El beneficio secundario que obtiene es no tener que enfrentarse a sus propios deseos y dificultades y al **miedo a estar sola.**



# OBJETIVO DE LA TERAPIA

Reducir su **nivel de estrés**, ayudándola a que se permita (sin culpabilizarse) un espacio y un tiempo para su propio **cuidado físico y psicológico**.

# TRATAMIENTO

## **Sesiones iniciales establecimiento del vínculo terapéutico:**

1. Empatía (comprender y hacer que se sienta comprendida).
2. Aceptación incondicional (no juzgar).
3. Autenticidad (sinceridad-tacto).
4. **Escucha activa:**
  - Atender el discurso del paciente.
  - Procesarlo (discriminar lo importante y darle un significado).
  - Emitir respuestas de escucha (clarificaciones, paráfrasis, reflejos y síntesis).

# TRATAMIENTO

- A. Ayudar a la paciente a cambiar el **foco de atención** del cuidado de los demás al suyo propio.
  
- B. Entrenar técnicas de **control de la activación**.
  
- C. Fomentar **recursos propios** de la paciente como:
  - Actividades agradables (leer, salir a caminar)
  - Relación de pareja

# EVOLUCIÓN

- Aumento de la **responsabilidad por su propio bienestar** psíquico y físico:
  - Entiende la importancia de priorizar su propia vida por encima de las responsabilidades generadas hacia su hijo menor.
  - Mejora de su autocuidado cambiando de audífono.
- Comienza a **reducir tareas** (plancha, comida, etc.) y aumenta la distancia con su hijo, lo que a su vez reduce la carga de estrés y activación emocional.
- Pruebas objetivas:
  - A. HAD (octubre):
    - Ansiedad: 13
    - Depresión: 8
  - B. Niveles de **hemoglobina glicosilada**:
    - Febrero: 9,4% (mal control)
    - Agosto: 8,1% (mejor control)



# HIPOACUSIA

Cristina Vázquez

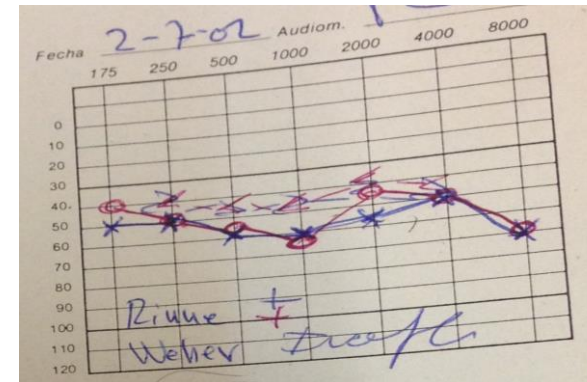
# CASO CLÍNICO

Motivo de Consulta: Paciente pluripatológica que acude a ORL por **hipoacusia.**

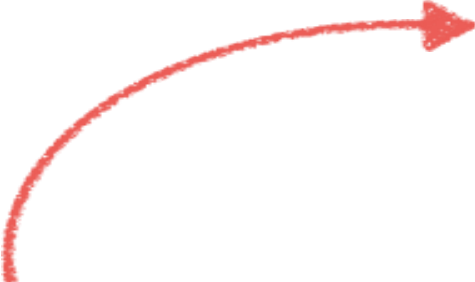

Otoscopia:



Audiometria:



TC: Ocupación de oído izquierdo por material de partes blandas compatible con Otitis Media Colesteatomatosa con posible herniación de lóbulo temporal.

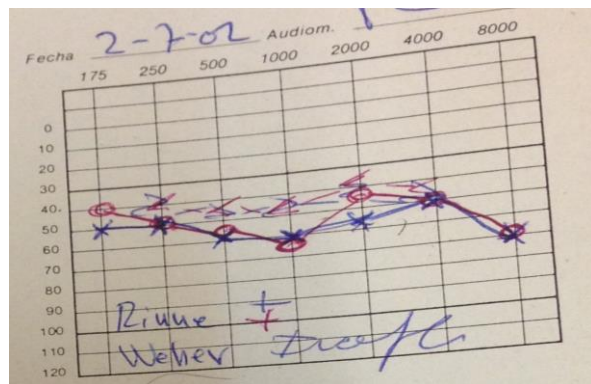


OM Colesteatomatosa: Pseudotumor epitelial inflamatorio que puede causar destrucción ósea y complicaciones locales dando lugar a secuelas como hipoacusia y laberintoplejía.

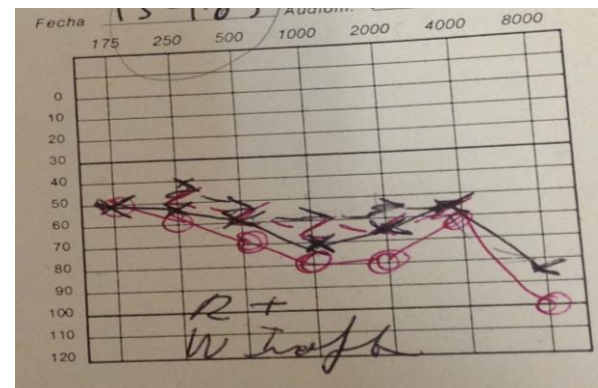
- Ante sospecha de Otitis Media Colesteatomatosa se decide intervención quirúrgica: Mastoidectomía abierta a demanda oído izquierdo.
- Durante la cirugía se observa herniación de lóbulo temporal.

# EVOLUCIÓN AUDIOMÉTRICA

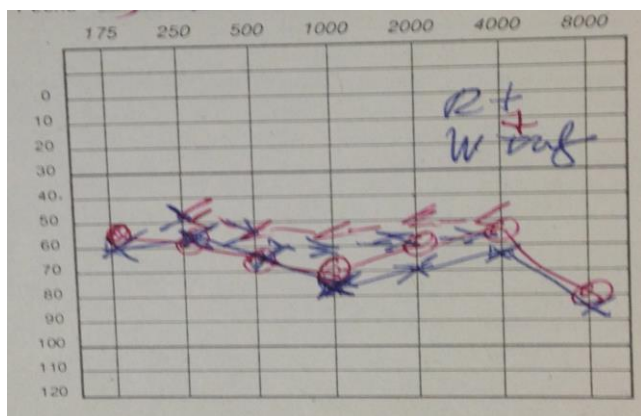
2002



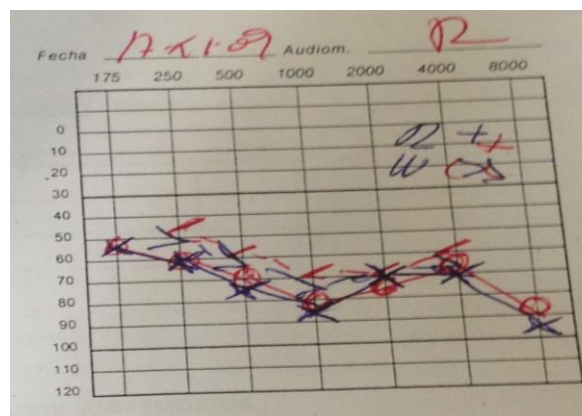
2003



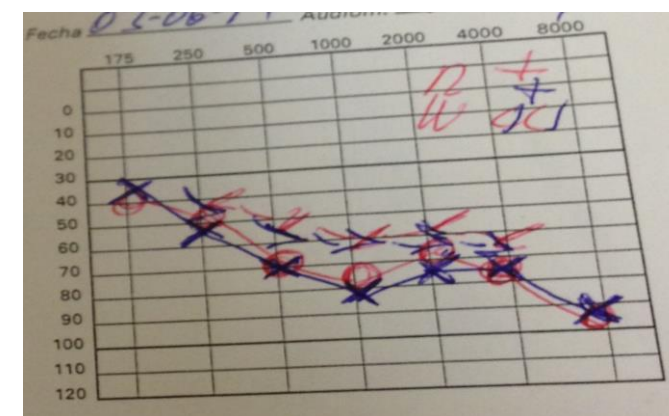
2004



2009



2014



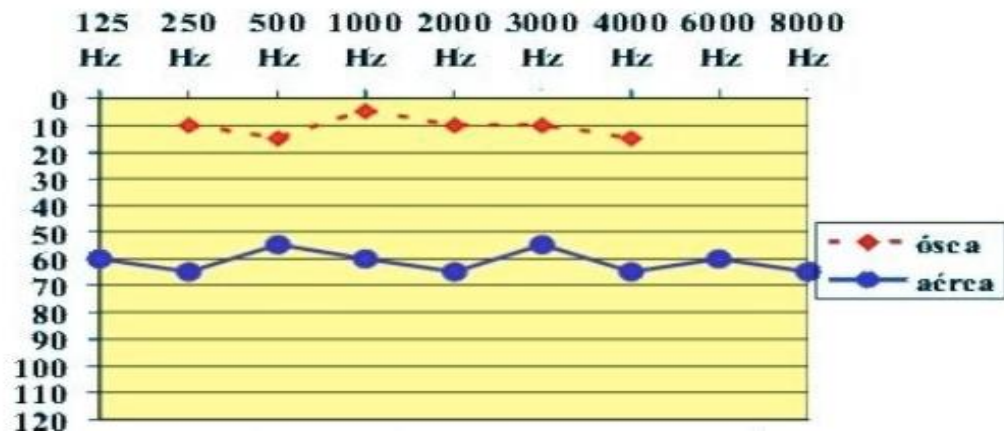


# PÉRDIDA DE AUDICIÓN O HIPOACUSIA

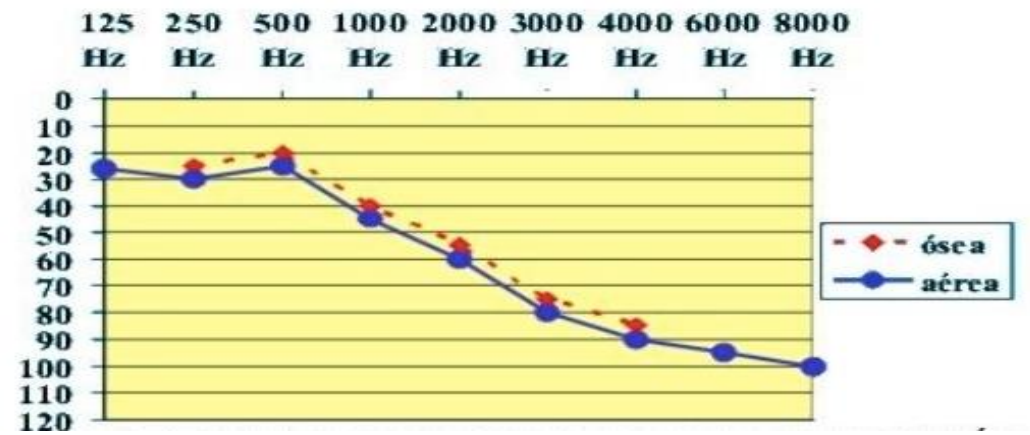
Se dice que alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB.



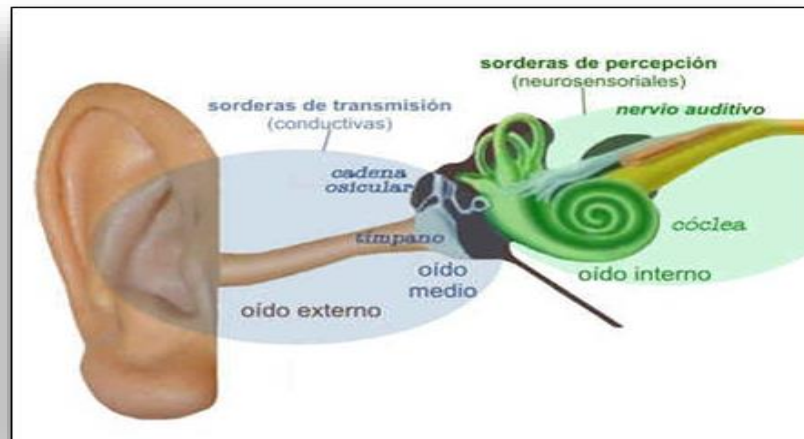
# TIPOS

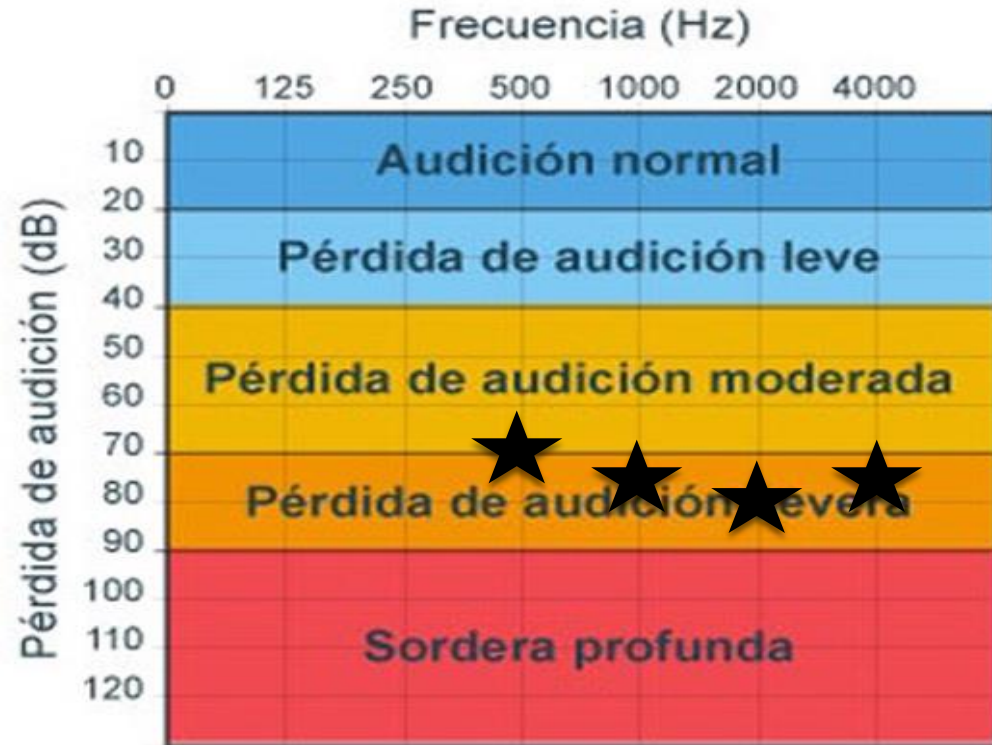


Hipoacusia de transmisión



Hipoacusia de percepción





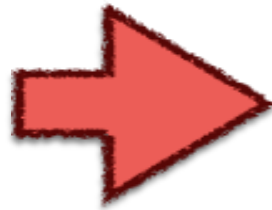
- **Leve:** La voz se percibe con intensidad normal. Dificultades para entender cuando se baja la voz o cuando el orador se aleja.
- **Moderada:** La voz ha de elevarse. Empeora en ambientes ruidosos.
- **Severa: Sólo se perciben los sonidos cerca de la oreja y la voz distorsionada.**
- **Profunda:** Percepción del habla muy distorsionada.



% de pérdida  
 auditiva binaural: 70%

# CONSECUENCIAS DE LA HIPOACUSIA EN EL ADULTO

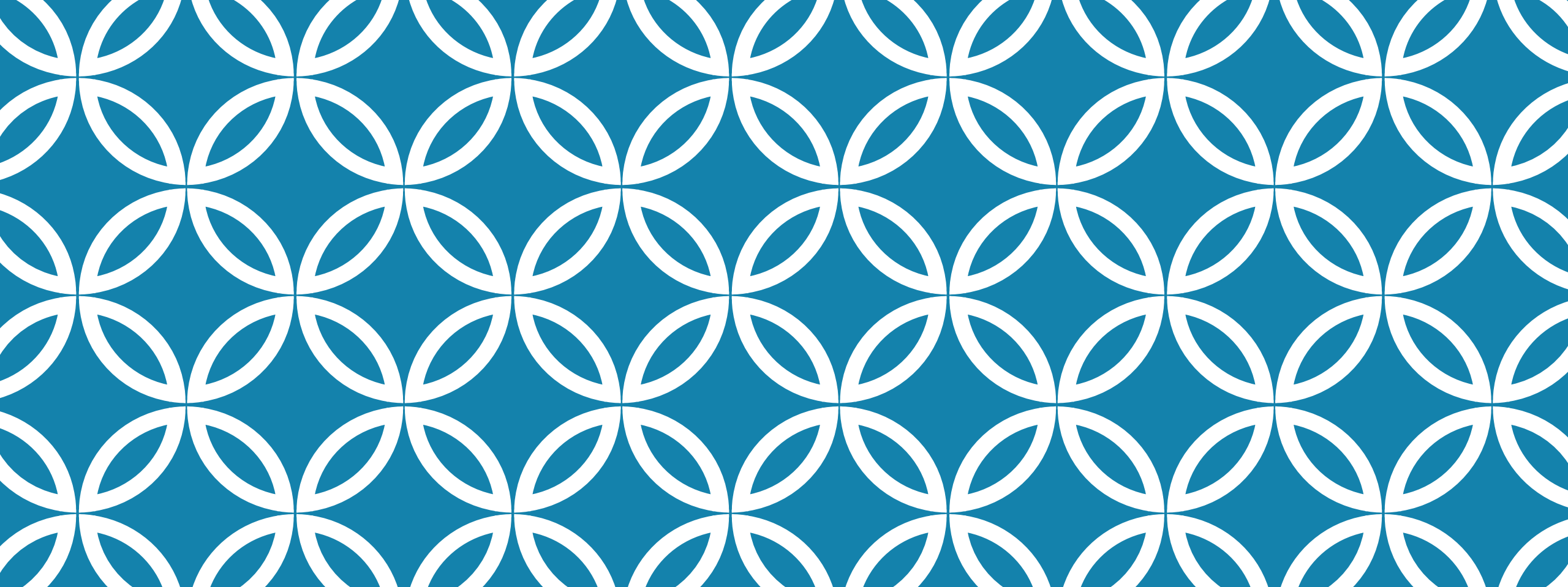
- Dificultades en la comunicación.
- Aislamiento.
- Sensación de soledad.
- Frustración.
- Falta de concentración.
- Vergüenza, sentirse diferente.



Depresión  
Trastorno adaptativo



Alteración  
calidad de vida



# DIABETES MELLITUS Y ESTRÉS

Lourdes García Blasco

# CONCEPTO

---

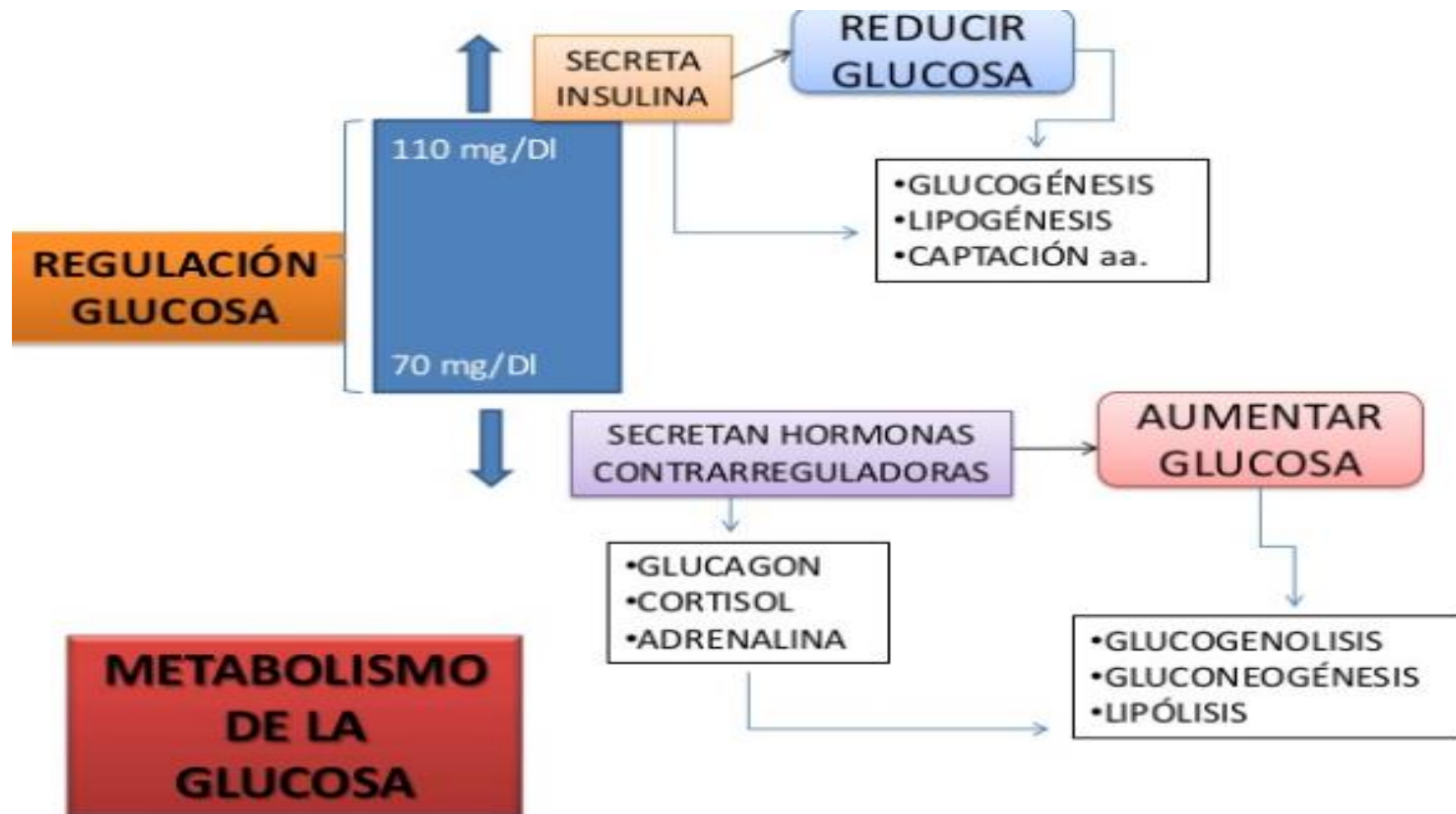
Trastorno de etiología múltiple caracterizado por la hiperglucemia crónica que resulta de un defecto en la secreción y/o la acción de insulina

---

Puede haber un factor estresante que desencadena su aparición

---

# FISIOLOGÍA



# CLASIFICACIÓN



- DM tipo 1
- DM tipo 2
- Diabetes tipo LADA
- Defectos genéticos de la célula  $\beta$
- Defectos genéticos en la acción de la insulina
- Enfermedades del páncreas exocrino
- Endocrinopatías
- DM inducidas por fármacos
- Diabetes gestacional



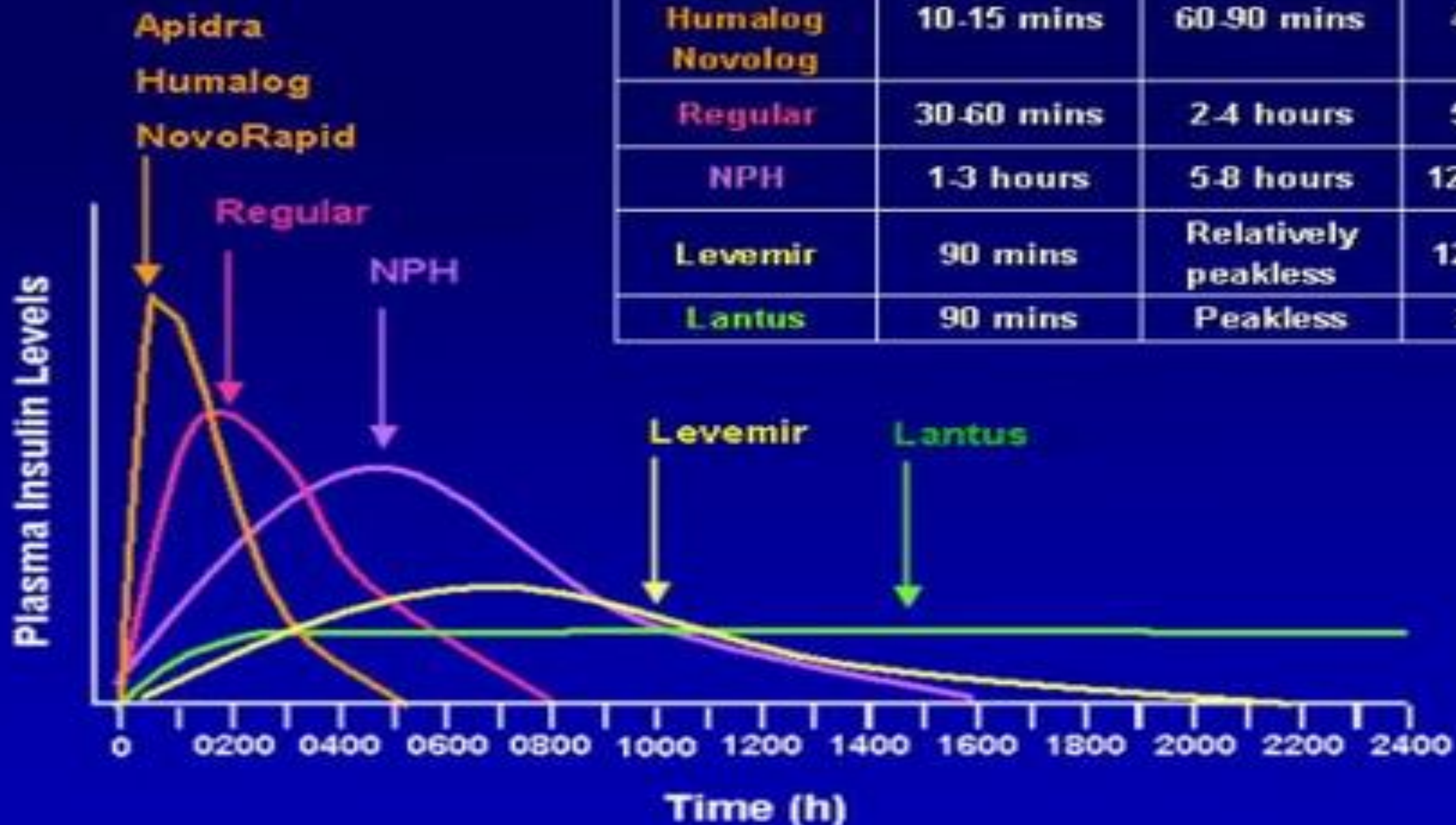
# CLASIFICACIÓN

	<b>DM tipo 1</b>	<b>Diabetes tipo LADA</b>	<b>DM tipo 2</b>
<b>Edad de inicio</b>	Infancia - adultez	Adulto	Adulto
<b>Síndrome metabólico</b>	Similar a la población	Similar a la población	Si
<b>Cetoacidosis</b>	Si	Infrecuente	Raro
<b>Autoinmunidad</b>	Presente (ICA)	Presente (GAD)	Ausente
<b>Insulinoterapia</b>	Desde el inicio	6 meses sin requerimiento	Tardía

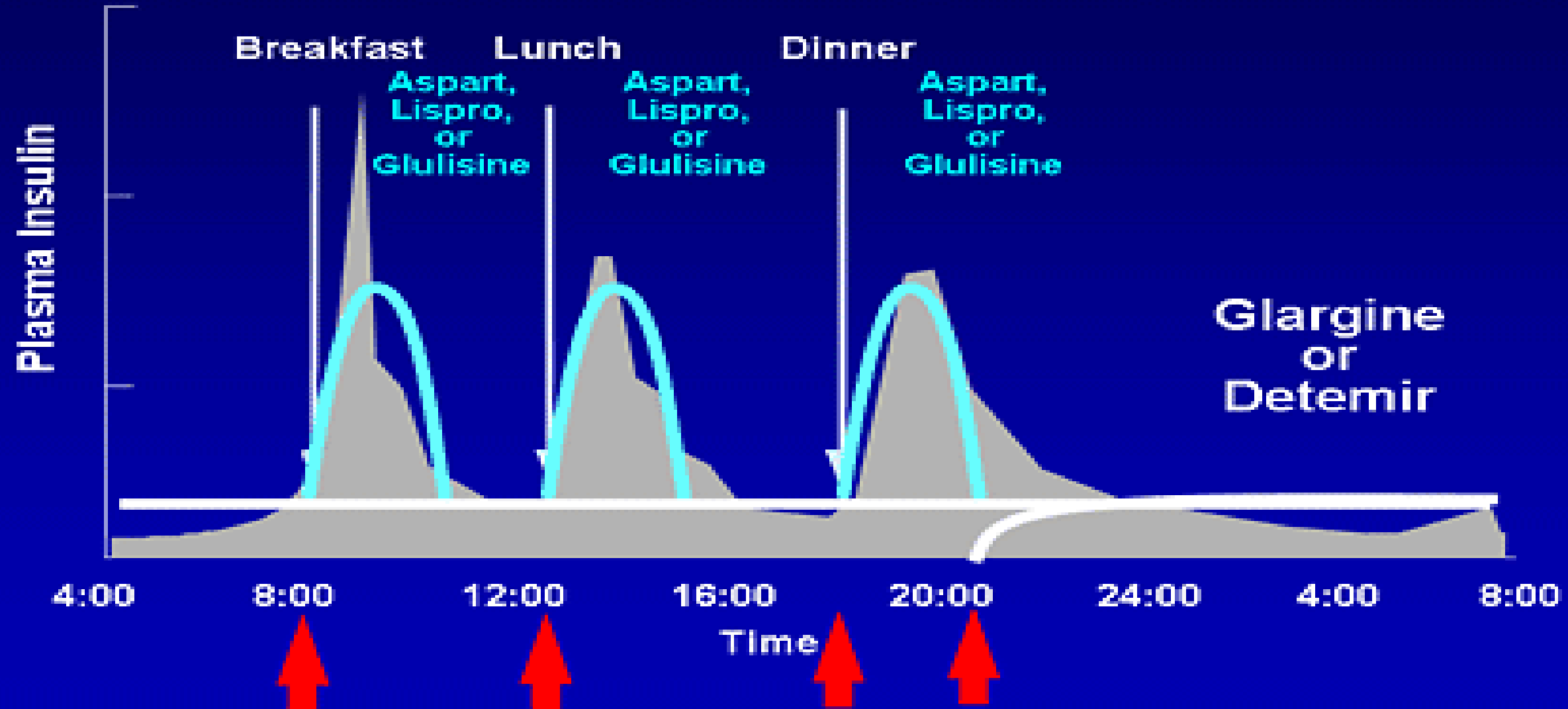
# DIABETES MELLITUS TIPO 1

- Incidencia anual 7-18 casos/100.000 habitantes
- Fenómeno de autoinmunidad contra la célula beta pancreática
- Complicaciones micro y macrovasculares
- Enfermedad crónica
  - Apoyo psicológico/psiquiátrico mejora el control metabólico

Insulin	Onset	Peak	Duration
Apidra Humalog Novolog	10-15 mins	60-90 mins	4-5 hours
Regular	30-60 mins	2-4 hours	5-8 hours
NPH	1-3 hours	5-8 hours	12-18 hours
Levemir	90 mins	Relatively peakless	12-24 hours
Lantus	90 mins	Peakless	24 hours



# Basal/Bolus Treatment Program With Rapid-Acting and Long-Acting Analogs



Adapted with permission from Leahy JL. Insulin Therapy. Marcel Dekker. 2002:87-112; Nathan DM. *N Engl J Med*. 2002;347:1342-1349.



# ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA DIABETES

Miguel Ángel Cuquerella

# IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO

Puede suponer una experiencia traumática:

- Sentirse **diferente** por padecer una enfermedad crónica.
- **Incertidumbre** ante el futuro.
- **Ruptura** biográfica y de planes de vida.
- Cambios en el **estilo de vida**.
- Impacto en entorno **social**.



# FACTORES QUE LIMITAN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

- ❖ Modificación en **estilo de vida** dada la complejidad y cronicidad del tratamiento.
- ❖ **Ausencia** de síntomas y de **beneficios** debidos al cumplimiento (incluso consecuencias negativas a corto plazo).
- ❖ **Miedo** a las hipoglucemias.
- ❖ El hecho de que las complicaciones más temidas sean **a largo plazo**.
- ❖ Impacto del entorno **familiar y social**.

# COMORBILIDAD CON TRASTORNOS MENTALES

Mayor prevalencia de:

## Depresión:

El riesgo de depresión es mayor en personas con un pobre control glucémico (Lustman et al, 2000) y en aquellos afectados por las complicaciones de la diabetes (de Groot et al, 2001).

## Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## Trastornos de Ansiedad:

Sintomatología subclínica de ansiedad se manifiesta en un 40% de los pacientes con DM, en comparación con el 27% de la población general (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002).

En muchos pacientes, ciertos síntomas afectivos evidentes (depresión y ansiedad) son resultado de una **pobre adaptación** a la enfermedad a la que contribuye una frustración social generalizada (incluyendo un bajo nivel de apoyo social) y un estrés incrementado, en combinación con habilidades de afrontamiento insuficientes o inapropiadas (Wasserman et al, 2002).



# ESTRÉS Y DIABETES

- **Factores emocionales:** papel importante en el control de la diabetes.
  - Activación emocional en respuesta al estrés: uno de los principales factores en la desestabilización del control metabólico (Wasserman et al, 2002).
- **Relación control diabético/estrés: bastante compleja.**
  - Los posibles condiciones generadoras de estrés.
  - Las vías a través de las cuales ejerce su acción (Menéndez y Beléndez, 1994).

*¿El efecto descompensador del estrés se debe a su repercusión metabólica o sobre las conductas?*

# VÍAS DE ACCIÓN DEL ESTRÉS

La secreción de **catecolaminas y glucocorticoides** ante una situación de estrés afecta sobre el metabolismo de la glucosa con el consiguiente **aumento de la glucosa** en sangre.

Este efecto no es simple y está modulado por:

1. Características del **estresor**.
2. Características de la **persona**.
3. **Estilo de Afrontamiento** de los estímulos estresantes (pasivo VS activo).

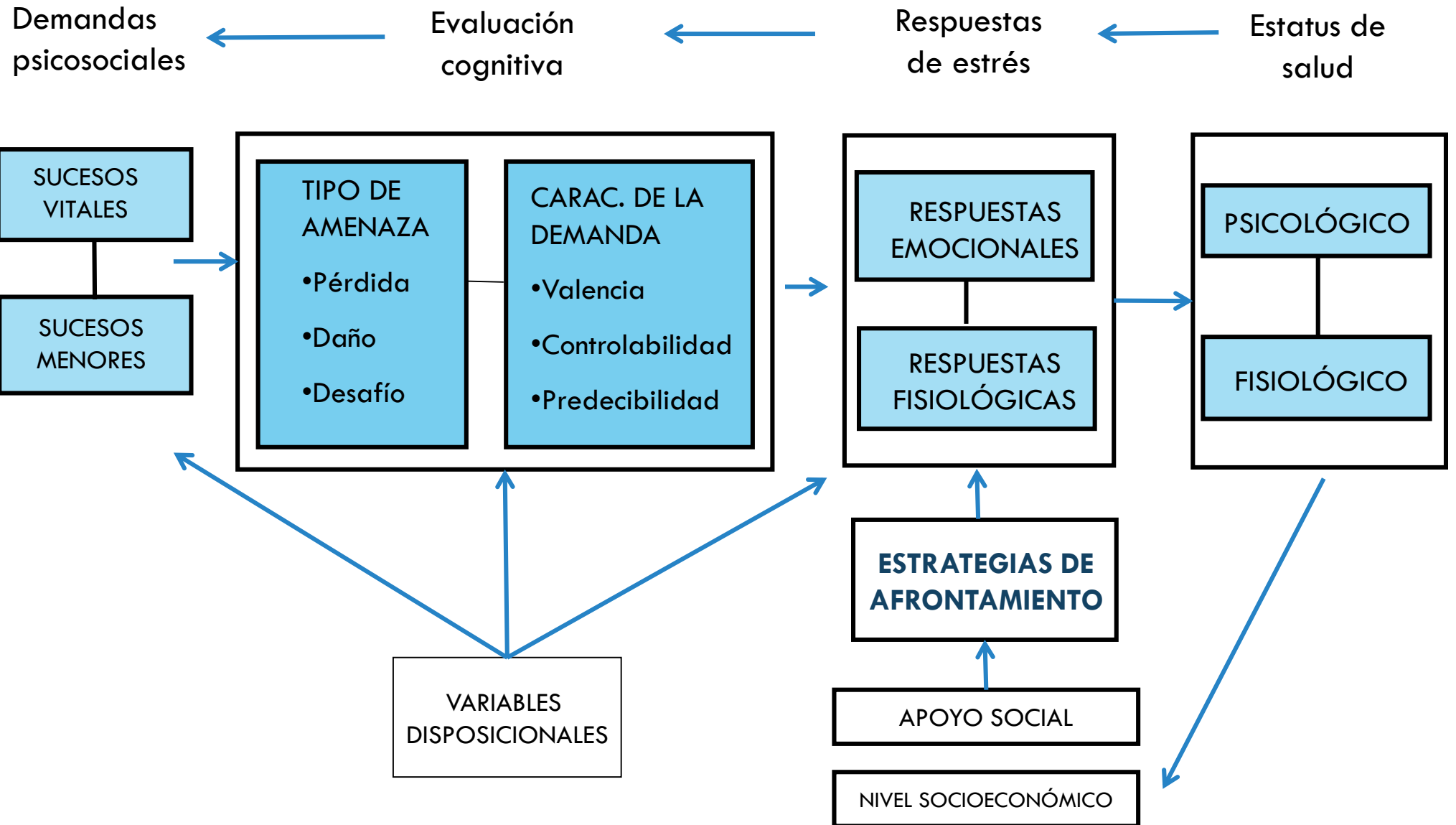
# VÍAS DE ACCIÓN DEL ESTRÉS

Interferencia de **estrategias de afrontamiento** → **conductas de adherencia al tratamiento.**

## ○ Estrategias de afrontamiento PASIVAS:

- **Distanciamiento:** saltarse el régimen es una forma de “descansar del estresor”.
- **Evitación:** beber, fumar, usar drogas, echar la culpa a otros, etc.
- **Negación:** no seguir el régimen, no realizar mediciones de glucosa, etc.

## ○ Estrategias de afrontamiento ACTIVAS: hablar con un profesional, informarse sobre el problema, pensar acerca de lo que se necesita hacer con respecto al problema, hablar con un amigo o familiar, recordarse a sí mismo que las cosas podrían ir peor, hacer un plan de acción.



# TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN DIABETES

- En las **guías de sanidad** figura el abordaje psicológico como un componente en su abordaje:

- Diabetes: Guía de actuación clínica en Atención Primaria. (2006).

<http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap012diabetes.pdf>

- Plan de diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010 [Monografía]. (2006).

<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4928-2006%20bueno.pdf>

- Psicología basada en la **evidencia**:

<b>Crisis diagnóstica</b>	
Entrena. HHSS y afrontamiento	Bien establecido
<b>Control hipoglucemias</b>	
PDEH	Bien establecido
<b>Mejora adherencia en DMID</b>	
Intervenciones conductuales	Bien establecido

obrigado

Dank U

Merci

mahalo

Köszi

спасибо

Grazie

Thank  
you

thaururu

Takk

Gracias

Dziękuję

Děkuju

danke

Kiitos