

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# Mala sangre.

Padilla, Carolina.

Cita:

*Padilla, Carolina (2021). Mala sangre. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/668>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/squ>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# MALA SANGRE

Padilla, Carolina

Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo abordar los aspectos psicológicos de los pacientes con diagnóstico de diabetes. Se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente, ya que constantemente debe realizar tareas de autocuidado y tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. El estrés emocional puede convertirse en un círculo vicioso y es el peor obstáculo para el manejo de su condición; las respuestas psicológicas negativas pueden exacerbar la enfermedad. Los efectos emocionales están asociados al hecho de padecer una enfermedad crónica, la incertidumbre acerca de complicaciones futuras y el estrés que puede estar ligado a seguir diariamente un régimen de tratamiento intensivo. En este sentido, la adherencia al tratamiento en estos pacientes se ve dificultada por la complejidad del régimen terapéutico, su duración, la incomodidad física que produce, los efectos secundarios indeseables y la necesidad de un cambio en los hábitos de vida.

### Palabras clave

Diabetes - Aspectos psicológicos - Círculo vicioso - Adherencia

## ABSTRACT

### BAD BLOOD

The present work aims to address the psychological aspects of patients diagnosed with diabetes. It is estimated that more than 95% of diabetes care is the patient's responsibility, since they must constantly perform self-care tasks and make relevant decisions regarding the disease. Emotional stress can become a vicious cycle and is the worst obstacle to managing the condition; negative psychological responses can exacerbate the disease. The emotional effects are associated with having a chronic illness, uncertainty about future complications, and the stress that may be associated with following an intensive treatment regime on a daily basis. Therefore, adherence to treatment in these patients is hampered by the complexity of the therapeutic regime, its duration, the physical discomfort it produces, undesirable side effects, and the need for a change in lifestyle habits.

### Keywords

Diabetes - Psychological aspects - Vicious circle - Adherence

## Introducción

Este escrito tiene como objetivo abordar los aspectos psicológicos de pacientes con diagnóstico de diabetes a través de dos casos clínicos del dispositivo de interconsulta del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía.

Las viñetas invitan a pensar en el modo en el que es comunicado el diagnóstico por parte del equipo médico, así como las creencias asociadas a la enfermedad por parte de los pacientes. También los casos resultan disparadores para reflexionar sobre la adherencia al tratamiento y sus complejidades en esta enfermedad.

El interés por esta temática surge porque solemos recibir de forma frecuente interconsultas por parte de distintos equipos médicos donde manifiestan: “paciente angustiado con pie diabético y plan de amputación”, “paciente diabético con mala adherencia a su tratamiento”. En estos últimos casos se nos suele pedir que intervengamos a fines de que el paciente tome consciencia sobre las consecuencias que conlleva una mala adherencia a su tratamiento para la diabetes. ¿Por qué resulta tan compleja la adherencia en estos pacientes?

## Caso M

*M es una paciente de 40 años que es internada por diagnóstico de covid-19 con síntomas leves, pero el equipo médico detectó que además M tiene diabetes tipo 2. Piden interconsulta por salud mental ya que la notaron muy angustiada luego de recibir este último diagnóstico. M rompe en llanto al hablar sobre la diabetes, asociándola de forma directa con una posible amputación. Esta noción que tiene sobre la enfermedad está vinculada al modo en que la médica le comunicó el diagnóstico: “te informo que sos diabética, esta enfermedad es de por vida. Si no te cuidas te vamos a cortar un pie”.*

*M manifiesta que nunca antes había presentado esta sintomatología (ansiedad, insomnio, rumiación del pensamiento) ni tiene antecedentes por salud mental. Relata que su miedo intenso la lleva a no poder escuchar las indicaciones de la diabetóloga, así como no poder preguntar sobre su enfermedad. Manifiesta como único deseo volver a su casa con su familia, donde dice que podrá asimilar su situación debido a la contención de su esposo y sus hijos.*

*Luego del alta se mantuvieron algunas entrevistas con M, quien comentó que hubo una buena recepción por parte de su familia (modificaron su dieta, adaptándose a la indicada para ella). En cuanto a la asimilación de la enfermedad, por un lado la paciente relata que piensa constantemente sobre su diagnóstico: “me*

fui a comprar zapatos y elegí un talle más por miedo a que se me encarne la uña y se me infecte el pie”; “me salió un granito y ya pienso que se me puede infectar”. Por otro lado, refiere no querer saber sobre la enfermedad: “mi marido me dice que busque en Internet más información sobre la diabetes pero yo no quiero saber nada. Voy descubriendo, pero despacito. No es una enfermedad cualquiera, es de por vida”.

#### Caso P

P es un paciente de 42 años de edad, con diagnóstico de diabetes tipo 1 que se encontraba cursando internación por una infección en uno de sus dedos del pie izquierdo. Durante la internación le realizaron una amputación del dedo que tenía infectado. Al no mejorar la infección, el equipo médico programa realizar una nueva amputación. El paciente se angustia al recibir esta noticia y por este motivo su médico tratante solicita interconsulta con salud mental.

P se angustia al relatar que ya fue amputado y que tiene programada una nueva amputación para el día siguiente. Manifiesta enojo y disconformidad con respecto al modo en que el equipo médico le transmitió esta noticia: “me decían “no sabemos si vamos a sacar tres, cuatro dedos o el pie entero”. Hablaban de mi cuerpo como si yo no estuviera ahí, como si ya fuera carne picada. Ni siquiera me miraban”. Por otro lado, P se quebra en llanto al relatar que no puede comunicarle a su familia sobre la amputación, ya que no quiere que sufran. Trabajamos los motivos de su idea y llegamos a la conclusión de que su familia podría llegar a sufrir incluso más sabiendo que no pudo acompañarlo en este proceso donde él está viviendo esto. A su vez el hecho de estar mintiéndoles también lo perjudicaba a él, generándole un gran monto de angustia. Además, tarde o temprano iban a anoticiarse sobre su situación.

En el encuentro posterior a la operación, P comenta que le amputaron cuatro dedos del pie. A pesar de esto se mostraba tranquilo ya que pudo conversar con su familia y decirles la verdad sobre su amputación: “ahora me siento aliviado, me saqué un peso de encima”. A raíz de esto su familia fue a visitarlo a la sala con permiso excepcional de los médicos, “me sentí feliz de poder verlos”.

P tiene diagnóstico de diabetes desde hace 16 años, ubica el fallecimiento de su hermano como un factor desencadenante. Dice que la médica que le dio el diagnóstico le explicó que se trataba de una diabetes nerviosa “y tiene razón, cada vez que discuto con alguien me hago mala sangre y me sube el azúcar”. Refiere que desde el principio le han explicado sobre su enfermedad y las consecuencias de la misma (como la amputación). También desde el inicio tuvo dificultades en cumplir con las indicaciones médicas, nunca pudo adecuarse a la dieta indicada: “no me iba a privar de comer asado y tomar vino”. Relata que su adherencia fluctuaba; en determinados momentos de su vida volvía a los controles médicos pero a los meses discontinuaba nuevamente el tratamiento. Su familia sabía de las consecuen-

cias de su enfermedad y siempre fue quien le pedía a P que retomara su tratamiento para la diabetes. Reconoce que a pesar de que le hayan advertido sobre las posibles consecuencias, tuvo que tocar fondo para darse cuenta que debe cumplir su tratamiento. También dice que los médicos le transmitieron que puede requerir una próxima amputación en el futuro.

#### Diabetes: conceptos básicos

La diabetes es una enfermedad en la que se presentan concentraciones elevadas de glucosa en sangre de manera persistente o crónica. La diabetes tipo 1 se caracteriza porque tiene mayor incidencia entre los jóvenes y los niños. El propio sistema inmunitario del paciente produce una destrucción de las células beta del páncreas, lo que origina una deficiencia total de insulina. No se puede prevenir la aparición de la diabetes tipo 1 y no se conocen las causas que la provocan. Se caracteriza por ser crónica, ya que una vez que ha aparecido, la enfermedad no remite y requiere llevar un tratamiento de por vida. Por otro lado, la diabetes tipo 2 se desarrolla con mayor frecuencia en personas adultas y mayores. La obesidad y una vida sedentaria son algunos de los factores que pueden provocar este tipo de diabetes. Puede prevenirse si se mantienen unos hábitos de alimentación saludables y se combinan con una actividad física moderada.

Dentro de las complicaciones a largo plazo se encuentran a retinopatía (problemas visuales), la nefropatía (daño o fallo renal), neuropatía y enfermedades cardiovasculares. De igual modo, las amputaciones, las enfermedades dentales, las complicaciones en el embarazo y la disfunción sexual son relacionadas al diagnóstico de diabetes.

Con respecto al tratamiento, actualmente no hay una cura para la diabetes, pero sí existen tratamientos para controlar los niveles de glucosa en la sangre. El tratamiento diario para los distintos tipos de diabetes consiste en medicamentos, un plan de alimentación y de ejercicio o actividad física y automonitoreo de glucosa en la sangre (American Diabetes Association, 2002).

#### Comunicación del diagnóstico y aspectos psicológicos

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información que tiene la persona acerca de la diabetes (Edelwich & Brodsky, 1998). Por ende, la forma en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes va a ser importante, tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico.

Pueden aparecer creencias que subestiman y desacreditan la diabetes y su impacto, o creencias que la asocian a las complicaciones más extremas. El primer caso aparece muy relacionado con el desconocimiento de las formas de expresión de la

enfermedad y/o con el hecho de que sus manifestaciones más visibles aparecen a largo plazo, lo cual conlleva a subvalorar los cuidados de salud. La segunda alternativa sobredimensiona los aspectos más negativos de la enfermedad, y desconoce o minimiza el valor de los cuidados de salud, la adhesión al tratamiento y la educación en diabetes como pilares fundamentales para el control metabólico. Por ello, conduce a respuestas de temor, sensación de falta de control y vulnerabilidad, que pueden expresarse en la “paralización” del uso de recursos de afrontamiento activo a la enfermedad.

El sostenimiento de cualquiera de las dos perspectivas debilita las motivaciones más básicas y necesarias para involucrarse en los procesos de atención y en los cuidados sistemáticos de salud. Por ello, explorar las creencias y la información que dominan las personas con diabetes se convierte en un paso inicial importante y necesario para enriquecer la información y conocimiento de las personas.

Se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente, ya que constantemente a lo largo de un día debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos investigadores a cuestionarse cuál es el impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida. Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional (Rubin, 2000).

La diabetes puede representar un estrés psicosocial que predispone a las personas con diabetes a presentar desórdenes psicológicos, o particularmente a largo plazo, la “quemazón” en relación a la diabetes. La quemazón es un término que usa Polonsky (1999) para explicar algunas características en común que pueden presentar los pacientes de diabetes cuando se sienten abrumadas o sobrecargadas por la diabetes y por la frustración de la carga del autocuidado, y que pueden comenzar a interferir con el cuidado y el control de la enfermedad. Algunas de las características más comunes de quemazón en un paciente de diabetes son: preocuparse de que no se está cuidando lo suficientemente bien, reconocer que el cuidado es importante para su salud, pero no tener la motivación para hacerlo, dejar algunos aspectos del cuidado, sentir que la diabetes está controlando su vida y decirse a sí mismo que el manejo no es tan importante o que no va a hacer diferencia en el futuro. Por esto el apoyo psicológico del paciente de diabetes a lo largo de su enfermedad es importante para prevenir y/o minimizar el impacto que puede generar la quemazón en su salud y bienestar. El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona

con diabetes puede convertirse en un círculo vicioso y es el peor obstáculo para el manejo de su condición; una diabetes poco controlada puede producir respuestas psicológicas negativas que pueden exacerbar la enfermedad. El padecer una condición crónica como lo es la diabetes tiene efectos no solo físicos, sino psicológicos y emocionales. Estos últimos están asociados al hecho de padecer una enfermedad crónica, la incertidumbre acerca de complicaciones futuras y el estrés que puede estar asociado a seguir diariamente un régimen de tratamiento intensivo.

Los síntomas psicológicos en pacientes de diabetes presentan un riesgo adicional para la salud física y mental del paciente, ya que consistentemente se ha encontrado que estos afectan los niveles de azúcar en la sangre y aumentan el riesgo a sufrir de complicaciones relacionadas con la enfermedad. Por otro lado, se conoce también que los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de los desórdenes psicológicos (ej. cansancio, letargo, cambios en el sueño y el apetito, tensión, irritabilidad, síntomas somáticos) pueden afectar la capacidad del paciente de llevar a cabo el régimen de autocuidado que requiere la diabetes, y por ende afectar los niveles de glucosa en la sangre (McKellar, Humphreys & Piette, 2004). En pacientes con diabetes los síntomas psicológicos se asocian con reportar más síntomas físicos asociados a la diabetes, peor salud física y menor adherencia al régimen dietético y de ejercicio (Ciechanowski, Katon, Russo & Hirsh, 2003).

#### Adherencia al tratamiento: repensando el concepto

En 1979, Haynes definía la adherencia como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la opinión médica que le ha sido prescrita. Esta definición pone el acento en una relación asimétrica y hoy es ampliamente cuestionada. Una nueva definición ha sido propuesta por Hentinen (1988), quien considera la adherencia como “un proceso de cuidado activo y responsable, en el cual el individuo trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud”. Este autor modifica la mirada en torno a la adherencia:

- De la adherencia unitaria a la adherencia compuesta: El tratamiento de la diabetes se desarrolla principalmente a través de un intenso trabajo diario del paciente. A pesar de que en la práctica clínica tiende a clasificarse a los pacientes en “adherentes” o en “no adherentes”, las investigaciones muestran una gran variabilidad de la adherencia de un mismo paciente, dependiendo de qué componente se trate. Puede ser muy adherente a un componente y menos a otro. Se ha demostrado que los pacientes suelen ser mucho más adherentes a los elementos médicos del tratamiento (controles glicémicos e inyecciones de insulina) que a los elementos relacionados con los hábitos de vida. Resulta importante evaluar la adherencia a cada uno de los componentes, estudiando sus causas y contexto, evitando la generalización y por sobre todo la rotulación del paciente como “no-adherente”.

-De la adherencia como dicotomía a la adherencia como dimensión: Entre ambos extremos (adherencia/no-adherencia), una multitud de estados intermedios muestran la mayor o menor ambivalencia con la cual el paciente se enfrentará cotidianamente al plan terapéutico. Ser receptivo a estos estados intermedios (que constituyen una rica fuente de información sobre la forma como el paciente está vivenciando su tratamiento) permitirá prevenir el desarrollo de rechazos masivos del mismo; actuando a tiempo para la mantención del tratamiento y de la relación de confianza en la que éste se apoya.

Uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento es la *complejidad del régimen terapéutico*, su duración, la incomodidad física que produce, los efectos secundarios indeseables y la necesidad de un cambio en los hábitos de vida. El *apoyo familiar y del entorno* es fundamental a la hora de prevenir las dificultades de adherencia. Las personas más cercanas de alguna manera también “deben adherirse al nuevo tratamiento” y forma de vida. Educarse, informarse, acompañar a la persona afectada. Claramente también están en juego los *factores personales*: el punto central será captar cómo cada paciente y familia perciben la enfermedad, cada uno de los componentes del tratamiento, el futuro y sus propias capacidades para hacer frente al mismo. Otro factor que resulta clave es el *socioeconómico*, la posibilidad de acceso al sistema de salud y a los fármacos. A su vez en pacientes con un bajo poder adquisitivo el acceso a las comidas más saludables puede verse interferida. También la falta de tiempo, determinada por la presión en el ámbito laboral, trae aparejada una reducción del tiempo que se debe dedicar a la preparación de comidas sanas como a las actividades físicas.

#### Algunas reflexiones

Un punto que resultó crucial en los casos de M y P fue el modo en que se llevó a cabo la comunicación diagnóstica y la necesidad de convocar a salud mental luego de esto. Nos encontramos con que en ambos casos la angustia se desata a raíz de la comunicación del diagnóstico de diabetes en M y del plan de amputación en P. Además se presenta la disconformidad con respecto al modo en que la información fue transmitida, así como dificultades en la relación médico-paciente. Otro aspecto que surge en ambos pacientes es el rol fundamental que cumple la familia: algo de la sintomatología del inicio disminuye a raíz de la contención externa.

A pesar de los puntos en común entre los pacientes, ambos se encuentran en distintos momentos cronológicos de su enfermedad: mientras M acaba de anoticiarse de su diagnóstico, P lleva 16 años cursando la enfermedad y sufriendo actualmente las complicaciones a largo plazo de la misma. Se trata de un paciente que fácilmente puede ser rotulado como “no-adherente”. Sin embargo en la historización de su enfermedad encontramos una adherencia que fue fluctuando a lo largo de su vida.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Alcántara, W., Flores, R., Garmendia, F. (1999) Prevalencia y Riesgo de Amputación en Pacientes con Pie Diabético. Anales de la Facultad de Medicina.
- Araneda, M. (2009) Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una Perspectiva Psicológica. Chile.
- Batista, N., & Luz, M., (2012) Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. Revista Brasileira de Enfermagem.
- Dovat Fuertes, N. (2019) Estudio exploratorio sobre la vivencia del trauma en pacientes amputados con diabetes crónica. Montevideo.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1998) Diabetes: caring for your emotions as well as your health. Reading, MA: Perseus Books.
- Haynes, R.B. (1979) Introduction. In R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds.), Compliance in health care (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hentinen M, Kyngas H. (1998) Diabetic adolescents' compliance with health regimes and associated factors. Int J Nurs Stud.
- Horgan O., MacLachlan M. (2004) Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. Disabil Rehabil. <https://www.diabetes.ascensia.es/blog/blog-detail-one/>
- Jimenez Chafey, M.I., Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. Bogotá.
- Jiménez García, K. (2017) Ajuste psicosocial en pacientes amputados: la psicología en el contexto sanitario.
- Lerón Llanes, L. (2012) Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad.
- Maji Anguieta, E. y Vera Balseca, M.F. (2016) Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones internados en una Institución de Salud Pública. Guayaquil, Ecuador.
- Pelegrí, M. y Romeu, M. (2011) El duelo, más allá del dolor. Colombia.
- Polonsky, W. (1999) *Diabetes burnout: what to do when you can't take it anymore*. Alexandria, VA: American Diabetes Association.
- Rubin, R. (2000) Diabetes and quality of life. Diabetes Spectrum.
- Tavera, J. (2014) Amputación: más allá de un cambio físico, un cambio mental. Revista El Dolor 62 Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá. Colombia.
- Unwin, J., Clarke, C. (2009) A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. Clinical Rehabilitation 23, 1044-1050.
- Vidal, G. (2010) Factores de riesgo de amputación en el pie diabético. Rev. Soc. Perú Med. Interna; vol 23.