



**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**  
**Facultad de Medicina**





**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**  
**Facultad de Medicina**

# **Estado de ánimo en pacientes con diabetes mellitus (tipo 2)**

**TESIS DOCTORAL**

**Salamanca, 2013**



**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA,  
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**Programa de Doctorado: *La enfermedad: su dimensión personal y  
condicionantes socioculturales***

**Área de Psiquiatría**

**Estado de ánimo en pacientes con diabetes  
mellitus (tipo 2)**

**Fdo: Teresa Gallego Álvarez**



**GINÉS LLORCA RAMÓN, M<sup>a</sup> ÁNGELES DÍEZ SÁNCHEZ Y ÁNGEL LUIS  
MONTEJO, PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA .**

**CERTIFICAN:**

Que el presente Trabajo de Tesis Doctoral titulado: *Estado de ánimo en pacientes con diabetes mellitus (tipo 2)*, ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Teresa Gallego Álvarez licenciada en Psicología por la Universidad del País Vasco, reuniendo, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar al Grado de Doctora por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca a 29 de Octubre de 2013

Fdo: Ginés Llorca Ramón  
Catedrático de Psiquiatría

Fdo:M<sup>a</sup> Ángeles Díez Sánchez  
Prof<sup>a</sup>. Titular de Psiquiatría

Fdo: Ángel L. Montejo González  
Prof. Titular de Enfermería





A mis padres







Hace ya seis años que me planteé comenzar mis estudios de doctorado dado el interés que me generaba adentrarme en el mundo de la investigación y especialmente en el área de la salud de mi carrera, psicología.

Las primeras personas con quien tuve contacto, fueron el Profesor Doctor Ginés Llorca y la Profesora M<sup>a</sup> Ángeles Díez, quienes me acogieron desde el primer momento, aportándome una oportunidad tras otra, no sólo de mejorar en los aspectos relacionados con la formación, sino un crecimiento personal constante.

Su admirable interés en las personas y en su bienestar, su profesionalidad y sus vastos conocimientos en los aspectos relacionados con la psique humana, y el trato cercano, acogedor y entregado del que he podido ser testigo, me han enseñado a valorar los aspectos más profundos de la profesión y me han acercado a las situaciones más delicadas de la vida, dándome la oportunidad de conocer las diferentes versiones de lo que es la vida y la atención que es necesaria cuando esta se trunca o se complica. El interés por las enfermedades cuya cura no es una opción que se pueda valorar y las cuestiones sobre el significado que ésta tiene para quien la padece, la forma en que la persona puede afrontar tan difícil destino o la manera en que el paciente valora su futuro, o su pasado, son cuestiones derivadas de mi estancia al lado de los profesores. Así mismo, la capacidad de trabajo, su permanente interés por una formación completa en cada uno de nosotros y la colaboración de la que me han hecho partícipe, han supuesto un elemento fundamental en mi formación y crecimiento.

Debo de agradecer también al Doctor Ángel Luis Montejo su apoyo incondicional durante todo el proceso de investigación, su interés y permanencia siempre estable en los avances del estudio, su colaboración y oportunidades constantes para poder ser partícipe en cualquiera de las actividades que ha llevado a cabo y mostrándose receptivo ante todas las dudas y cuestiones que podían surgir durante estos años.

Tengo que agradecer igualmente a la Doctora Gloria Bueno, quien me ha supuesto un apoyo fundamental en el desarrollo de la investigación, así como en los aspectos motivacionales y personales de mi residencia en Salamanca durante estos años. Su forma de enfrentar las situaciones, su constancia en el trabajo, su interés por la docencia y la atención dedicada a los alumnos me ha enseñado a desarrollar valores tan importantes como la responsabilidad y la tenacidad en el trabajo, el optimismo y la esfuerzo a la hora de afrontar las situaciones de la vida.

Al doctor Jesús López Lucas, quien se mostró gran interés y disposición en todo momento en el trabajo y quien me enseñó todo lo referente a la bibliometría, dedicando tiempo y esfuerzo para que la investigación saliese delante de la mejor forma posible.

También agradezco este trabajo a mis compañeros, a las personas que he encontrado en este viaje de formación y que me han ayudado en todo momento: a Beatriz, a Roberto, a Marta, a Cristina, a Yanira, a Elena, a Karoline y a Sandra. Que no sean sólo compañeros de viaje y que podemos seguir juntos el camino empezado.

A Víctor, la persona que me da energía cada día, que se mantiene a mi lado firme, pese a las distancias y la falta de tiempo derivado de esta época en la que para construir algo conjunto, debes primero de dedicarle mucho tiempo a los cimientos por separado. Que se adapta a mi vida y genera un constante estímulo para que crezca y llegue lejos.

Por supuesto a mis padres, cuyo apoyo es fundamental no sólo para este trabajo si no para mi día a día. Quienes establecieron un buen andamiaje en mi vida, facilitándome siempre todo cuanto he querido y necesitado. Quienes nunca me han puesto un obstáculo y siempre me han hecho sentir valorada y capaz de poder llegar a donde me plantee. Gracias a ellos porque es por ellos que soy lo que soy.

A mis amigos también debo de agradecerles su permanencia a mi lado, sus ánimos y la confianza en que este proceso se llevaría a cabo. A los de Salamanca, porque han sido como una familia que uno no espera formar en tan corto período de tiempo, porque me han enseñado cosas muy importantes en mi desarrollo personal e intelectual, porque han estado siempre al pié del cañón, con su ayuda y sus consejos.

Y por último agradecer al Servicio Cántabro de Salud y a todos los pacientes que se han mostrado no sólo voluntarios, si no animados, decididos, interesados y motivados a llevar a cabo este trabajo. A ellos, porque sin su ayuda este trabajo no hubiese salido adelante y porque sin personas como ellos, no podríamos avanzar en nuevos conocimientos, técnicas, ni mejoras para el bienestar físico y psicológico, aspectos que tarde o temprano nos van a implicar a todos.

Muchas gracias a todos.







## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. UNA ENFERMEDAD CRÓNICA: LA DIABETES MELLITUS.....	9
2.1. Concepto de enfermedad crónica.....	9
2.1.1. Variables psicológicas en la enfermedad crónica.....	13
2.2. La diabetes mellitus.....	19
2.2.1. Desarrollo histórico de la diabetes mellitus.....	19
2.2.2. Definición y clasificación de la diabetes mellitus.....	23
2.2.2.1. La diabetes mellitus tipo 1.....	26
2.2.2.2. La diabetes mellitus tipo 2.....	28
2.2.2.3. La diabetes gestacional.....	32
2.2.3. Epidemiología de la diabetes mellitus.....	33
2.2.4. Variables psicológicas en la diabetes mellitus.....	37
3. LA DEPRESIÓN.....	45
3.1. Introducción histórica.....	45
3.2. Definición y clasificación de la depresión.....	59

3.3. Epidemiología de la depresión.....	64
3.4. Modelos teóricos de depresión.....	66
3.4.1. La depresión desde el Modelo Biomédico.....	66
3.4.2. La depresión desde los Modelos Psicológicos.....	68
4. DIABETES Y DEPRESIÓN.....	79
4.1. Introducción.....	79
4.2. La depresión como factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus tipo 2.....	84
4.3. La diabetes mellitus como factor predisponente a alteraciones en el estado de ánimo.....	94
4.4. Depresión y complicaciones.....	100
5. VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	107
5.1. El sentido de la vida.....	107
5.1.1. Introducción.....	107
5.1.2. La falta o frustración del objetivo vital: la depresión noógena.....	111
5.1.3. Los propósitos vitales ante la enfermedad crónica.....	116

5.2. Estrategias de afrontamiento.....	119
5.2.1. Introducción.....	119
5.2.2. El afrontamiento ante una enfermedad crónica.....	128
5.2.3. Estilos de afrontamiento en la diabetes mellitus.....	132
5.3. El pensamiento anticipatorio.....	135
5.3.1. Introducción.....	135
5.3.2. Pensamiento anticipatorio en la enfermedad crónica.....	143
6. EL ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.....	149
7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	165
8. METODOLOGÍA.....	169
8.1. Muestra.....	169
8.1.1. Criterios de inclusión.....	169
8.1.2. Descriptivos de muestra.....	170
8.1.3. Procedimiento.....	178
8.2. Batería de instrumentos.....	179

8.2.1. Entrevista semiestructurada.....	179
8.2.2. Inventario de Depresión (BDI).....	179
8.2.3. Test del Sentido de la Vida (PIL).....	181
8.2.4. Cuestionario de Cogniciones Anticipatorias (QCA).....	182
8.2.5. Cuestionario de Afrontamiento (COPE).....	183
8.3. Descriptivos de los instrumentos.....	186
<b>9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>197</b>
9.1. Primera hipótesis.....	197
9.2. Segunda hipótesis.....	209
9.3. Tercera hipótesis.....	216
9.4. Propuesta de modelo.....	223
<b>10. CONCLUSIONES.....</b>	<b>229</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>233</b>

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Papiro de Ebers (1550 años a.C).....	9
Figura 2. Pirámides de población española (INE).....	12
Figura 3. Areteo de Capadocia y Aulo Cornelio Cleso.....	20
Figura 4. Thomas Willis.....	21
Figura 5. E. Laguesse.....	22
Figura 6. Busto de Platón.....	47
Figura 7. Sorano de Éfeso.....	49
Figura 8. Sello grabado de Avicena (Suecia, 1951).....	50
Figura 9. Ejemplar de Anathomy of Melancholy.....	51
Figura 10. J. E. Esquirol.....	54
Figura 11. W. Griesinger.....	55
Figura 12. Función del Eje HPA y su relación con la diabetes.....	88
Figura 13. V. Frankl.....	108
Figura 14. Características de la resiliencia.....	115
Figura 15. Número de publicaciones por año (Wok).....	151
Figura 16. Número de publicaciones por año (PubMed).....	151
Figura 17. Número de publicaciones por año (PsycINFO).....	152
Figura 18. Productividad por autores (diabetes y depresión) (Wok).....	153
Figura 19. Productividad por autores (diabetes y depresión) (PubMed).....	154
Figura 20. Productividad por autores (diabetes y depresión) (PsycINFO).....	155
Figura 21. Productividad por revistas (diabetes y depresión) (Wok).....	156
Figura 22. Productividad por revistas (diabetes y depresión) (PubMed).....	156
Figura 23. Productividad por revistas (diabetes y depresión) (PsycINFO).....	157

Figura 24. Idioma de las publicaciones (diabetes y depresión) (Wok).....	158
Figura 25. Idioma de as publicaciones (diabetes y depresión) (PubMed).....	158
Figura 26. Idioma de as publicaciones (diabetes y depresión) (PsycINFO).....	159
Figura 27. Palabras clave (diabetes y depresión) (PubMed).....	160
Figura 28. Palabras clave (diabetes y depresión) (PsycINFO).....	161
Figura 29. Edad.....	170
Figura 30. Sexo.....	170
Figura 31. Estado civil.....	171
Figura 32. Estado laboral.....	171
Figura 33. Nivel educacional.....	172
Figura 34. Tratamiento con insulina.....	173
Figura 35. Tiempo de diagnóstico.....	174
Figura 36. Cumplimiento del régimen.....	174
Figura 37. Cumplimiento del ejercicio físico.....	175
Figura 38. Impacto del diagnóstico.....	176
Figura 39. Tratamiento psiquiátrico.....	177
Figura 40. Puntuaciones obtenidas en el BDI.....	186
Figura 41. Categorización del estado de ánimo (BDI).....	187
Figura 42. Puntuaciones obtenidas en el PIL.....	188
Figura 43. Variable Sentido de la Vida.....	189
Figura 44. Puntuaciones obtenidas en el QCA.....	190
Figura 45. Variable pensamiento anticipatorio.....	190
Figura 46. Perfil de las estrategias de afrontamiento del COPE.....	191
Figura 47. Perfil de las estrategias de afrontamiento de segundo orden del COPE.....	193
Figura 48. Sentido de la Vida (PIL) y Estado de ánimo (BDI).....	197

Figura 49. Sentido de la Vida (PIL) x Sexo y Estado de ánimo (BDI).....	201
Figura 50. Sentido de la Vida (PIL) x Edad y Estado de ánimo (BDI).....	202
Figura 51. Sentido de la Vida (PIL) x Tto. farmacológico y Estado de ánimo (BDI).....	204
Figura 52. Sentido de la Vida (PIL) x C. Ejercicio y Estado de ánimo (BDI).....	206
Figura 53. Sentido de la Vida (PIL) x C. Régimen y Estado de ánimo (BDI).....	207
Figura 54. Pensamiento anticipatorio (QCA) y Estado de ánimo (BDI).....	209
Figura 55. Pensamiento anticipatorio (QCA) x Sexo y Estado de ánimo (BDI).....	210
Figura 56. Pensamiento anticipatorio (QCA) x Edad y Estado de ánimo (BDI).....	211
Figura 57. Pensamiento anticipatorio (QCA) x Tto. farmacológico y Estado de ánimo (BDI). .....	211
Figura 58. Pensamiento anticipatorio (QCA) x C. Ejercicio y Estado de ánimo (BDI).....	212
Figura 59. Pensamiento anticipatorio (QCA) x C. Régimen y Estado de ánimo (BDI).....	213
Figura 60. Estrategia de Planificación (COPE) y Estado de ánimo (BDI).....	216
Figura 61. Estrategia de Supresión (COPE) y Estado de ánimo (BDI).....	217
Figura 62. Estrategia de Aceptación (COPE) y Estado de ánimo (BDI).....	217
Figura 63. Estrategia de Negación(COPE) y Estado de ánimo (BDI).....	218
Diagrama 1. Modelo inicial.....	224
Diagrama 2. Modelo final.....	225





## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la diabetes (Herrera Pombo, 2007).....	24
Tabla 2. Clasificación de la diabetes mellitus (Herrera Pombo, 2007).....	25
Tabla 3. Diferencias entre DM1 y DM2 (Ayala y cols., 2002).....	31
Tabla 4. Diferencias entre DSM IV- Tr y CIE- 10.....	62
Tabla 5. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (DSM IV-Tr).....	63
Tabla 6. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (CIE- 10).....	64
Tabla 7. Factores de riesgo para la depresión.....	82
Tabla 8. Profesiones.....	172
Tabla 9. Tipo de tratamiento psiquiátrico.....	178
Tabla 10. Puntos de corte del BDI.....	180
Tabla 11. Puntos de corte del PIL.....	181
Tabla 12. Análisis a posteriori.....	198
Tabla 13. Subescalas de primer orden no significativas (COPE).....	218
Tabla 14. Escalas de segundo orden no significativas (COPE).....	219
Tabla 15. Resumen del modelo.....	225







## 1.- INTRODUCCIÓN

En el año 2009 comienzo a colaborar en el Servicio de Psiquiatría, concretamente en la Unidad de Psicopatología, bajo la dirección del Profesor Ginés Llorca. A lo largo de estos años, a nivel clínico, tomamos contacto con enfermedades crónicas como el cáncer, la EPOC, cardiopatías y la diabetes mellitus. Esta última capta nuestra atención investigadora por sus características de alta prevalencia, la importancia que la actividad que el propio paciente tiene sobre su control y tratamiento y la afectación que esta produce, en ocasiones, en el estado de ánimo y percepción de bienestar del paciente.

Profundizando en dicha patología resalta el que es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no sólo por su alta prevalencia, que ha crecido en los últimos años hasta llegar al 6-10% de la población general y el hecho de suponer una reducción de la esperanza de vida en torno a 5 o 10 años, sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada tasa de mortalidad (Conget y Giménez, 2007; Maldonado, 2009). El diagnóstico de diabetes supone enfrentar al paciente con una enfermedad grave y de duración indeterminada, no es extraño por lo tanto que afecte a su vida emocional, más aún cuando viene acompañada de cambios o situaciones estresantes, como el debut del trastorno, el afrontamiento del diagnóstico, los cambios en el estilo de vida, el pronóstico incierto (Goday, 2002; Pérez y cols., 2006) y la aparición de complicaciones a largo plazo, que genera en el paciente miedo y angustia (Rojo y Cirera, 1997; De Groot et al., 1999)

Pero realmente, nuestro interés principal, y más aún como psicóloga, es que la diabetes mellitus puede afectar también a la salud mental de quien la padece, encontrando con frecuencia diversos trastornos psicoafectivos asociados. Las patologías más comunes

relacionadas con la diabetes son la ansiedad y la depresión (Lustman, 1992; Eaton et al., 1996; Anderson, 2001; Coluga-Rodríguez, 2008) presentándose una prevalencia de alteraciones del estado de ánimo de entre el 20 y el 25% de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad, es decir aproximadamente el doble de la encontrada en población general.

Si bien las teorías existentes sobre la relación entre diabetes y depresión no presentan una direccionalidad clara o bien amanecen con la presencia de bidireccionalidad entre ambas patologías, existiendo autores que apoyan la presencia de depresión previa la aparición de la diabetes (De Croot, 2001; Mezuk et al., 2008), nuestro estudio pretende atender a aquellas posibles variables que eliminen la vulnerabilidad de los pacientes con esta patología hacia una alteración del estado de ánimo. Es decir, en nuestro estudio nos centraremos en valorar qué variables psicológicas pueden verse inmersas en la aparición de alteraciones del estado de ánimo en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2.

De las numerosas variables que podían ser consideradas como independientes en el diseño estadístico, optamos por tres: el sentido de la vida, las estrategias de afrontamiento y el pensamiento anticipatorio.

La primera, el sentido de la vida, es la guía o el objetivo que marca la dirección del camino a seguir en nuestra existencia. Los objetivos vitales pueden considerarse bien como aquellos pequeños objetivos que nos llenan el día a día, o bien una persona, una creación, o un valor, y cambian de una persona a otra y de situación en situación. El proceso de buscar sentido es un esfuerzo esencial para la vida y no sólo surge de las situaciones positivas que facilitan el crecimiento de las personas, sino que está dirigido también en la adaptación a cualquier situación de sufrimiento o enfermedad. Siguiendo a Rodríguez (2006), el sentido se concibe también en relación con la búsqueda de un propósito ante las situaciones negativas, de crisis o de enfermedad. El sentido, por lo tanto, se considera como un

objetivo de una lucha cognitiva para atribuir un significado a una situación de crisis, encajándola en el contexto de los otros aspectos de la vida y logrando una mejor adaptación a la situación (Davis, 2000; Lee, 2004; White, 2004).

En este sentido, si bien una enfermedad puede no tener la misma valoración de amenaza en todas las personas, ni todo el mundo posee los mismos recursos para enfrentarse a ella, Bayés (1998) resalta la importancia de la posible percepción de la enfermedad como amenaza en el campo de los propósitos vitales, encontrando que una mayor puntuación en la escala de propósito vitales se asocia con menores niveles de ansiedad y de depresión, mayor espíritu de lucha y menor riesgo de mortalidad entre los sujetos estudiados (Zabala y cols., 2006; Newlin et al., 2008; Boyle y cols., 2009).

La segunda variable escogida, el pensamiento anticipatorio, se identifica como la capacidad de valorar situaciones futuras, asociando a estas una valencia de carácter positivo o negativo. La percepción de un futuro positivo o por el contrario la apreciación de un futuro incierto, temeroso o peligroso, influye en el comportamiento de las personas y en la expectativa que se crean de los hechos venideros. En el campo de la salud este concepto está íntimamente ligado a con la predicción de conductas salutogénicas, ya que la percepción que el paciente tenga de su futuro y del desarrollo de la enfermedad influirá sobre el autocuidado y la adherencia terapéutica, aspecto fundamental en lo pacientes con una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus (Villamarín y Sanz, 2004; Martín, Riquelme y Lechuga, 2007).

Finalmente, escogimos estudiar las estrategias de afrontamiento, para conocer la forma de enfrentarse a la enfermedad que mostraban los pacientes del estudio. Así, el afrontamiento es definido como los esfuerzos realizados para prevenir o disminuir una amenaza, un daño o para reducir la angustia asociada con una situación estresante (Caver

& Connor-Smith, 2010) y son numerosos los estudios que investigan qué tipo de estrategia de afrontamiento es más favorable a la hora de presentar emociones positivas y cuáles de estos estilos son quizás más desfavorables en la calidad de vida de las personas (Jimenez-Torres y cols., 2012).

En población enferma es un campo importante de trabajo ya que averiguar el estilo de afrontamiento que favorece las emociones positivas y que funciona como protector de la salud, facilita la prevención y la mejora en la salud tanto mental como física de las personas. Algunos estudios han centrado sus esfuerzos en conocer la manera en que las estrategias de afrontamiento afectan a la calidad de vida de los pacientes crónicos (Urzúa y Jarne, 2008), relacionándose con la adaptación a la enfermedad (Hyland, 1992) y con la mejor o peor salud física o mental (Penley et al., 2002), así como con el autocuidado y el seguimiento de los pautas terapéuticas (Marcos y cols., 2007).

Por todo ello, el objetivo general en esta investigación fue:

*Estudiar el efecto que sobre el estado de ánimo tienen variables como el sentido de la vida, el pensamiento anticipatorio o el afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.*







## 2.- UNA ENFERMEDAD CRÓNICA: LA DIABETES MELLITUS

### 2.1.- Concepto de enfermedad crónica

El concepto *crónico* proviene de la palabra griega *χρονος*, *chronikós*, *chronos*, que significa *tiempo*, haciendo alusión en Medicina a aquella enfermedad de larga duración, sin un pronóstico determinado, que no remite y que finalmente, acaba formando parte de la estructura de quien la padece. La presencia de la cronicidad ha sido una constante en la historia y, sin embargo, si retrocedemos en el tiempo el objetivo de la Medicina ha sido la enfermedad en su forma aguda, como un malestar puntual, un episodio que aparece y desaparece en un periodo de tiempo preciso, ligado a la casualidad, a la presencia accidental de un tóxico y/o a la alteración consecuente del equilibrio humoral (Llorca, 2010). Esta relación entre Medicina y enfermedad aguda es un nexo elemental que justifica el ejercicio de esta ciencia; no obstante, aquellas enfermedades que se consideraban de larga duración, aquellas donde la ciencia podía paliar pero no curar, se presentan en su historia de forma menos trascendente.



Fig. 1.: Papiro de Ebers (1550 años a.C)

En la historia, encontramos referencias a este tipo de enfermedades desde la antigüedad, donde médicos de la época detallaron sus características, probable etiología y tratamientos. En este sentido, según Castañeda López (2006), los textos médicos egipcios contienen recetas de remedios para enfermedades o invalideces crónicas como secuelas de fracturas, reumatismos o dolores articulares.

Los médicos chinos e hindúes distinguieron las enfermedades crónicas de las agudas, estableciendo diferentes formas de tratamiento. En la época grecorromana, los profesionales de la Medicina diferenciaron entre ambos procesos, destacando en este aspecto Pablo de Egina (s. VII d. de C.) con su famosa obra conocida como los “Siete libros”, valiosa entre otras razones porque a través de ella es posible conocer los puntos de vista de otros médicos grecorromanos y árabes sobre la enfermedad crónica.

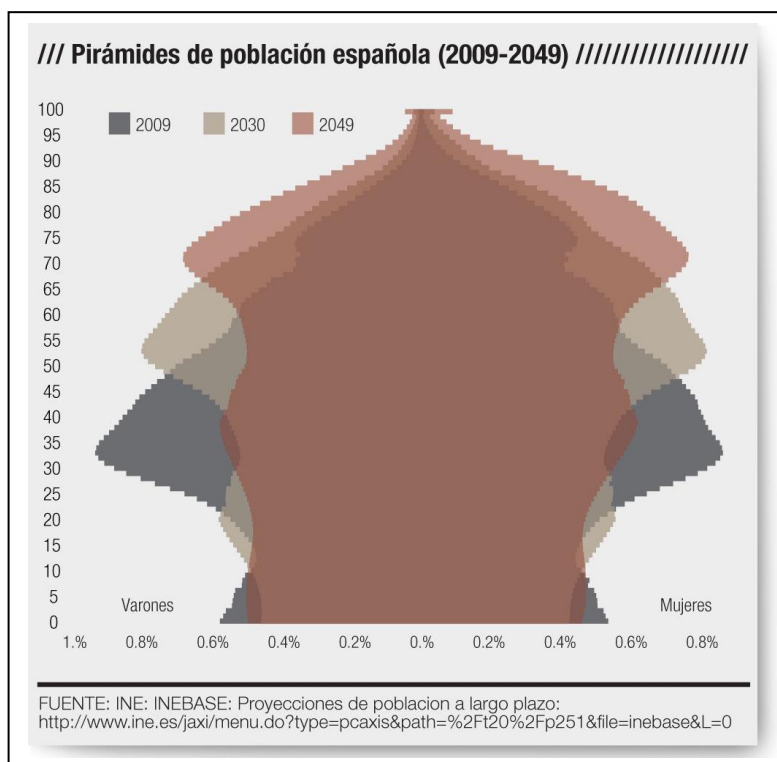
Con el tiempo los saberes y conocimientos se fueron ampliando, pero no es hasta mediados del siglo XX, cuando el interés por el estudio de las enfermedades crónicas comienza a tomar fuerza en el campo de la ciencia. En ese momento, gracias a los avances producidos por la Medicina, se detecta un fuerte descenso en la incidencia de las enfermedades de origen infeccioso y un aumento en las tasas de enfermedades crónicas. La mejoría económica en algunos países tras la II Guerra Mundial facilitó el inicio de importantes investigaciones sobre el origen y la progresión de estas enfermedades, como el estudio Framminghan, en 1948, sobre enfermedades cardíacas y la realización de los estudios de casos y controles sobre el cáncer de pulmón que establecieron nuevas estrategias para la prevención, formando los componentes básicos para el desarrollo de una epidemiología de las enfermedades crónicas (Piedrola Gil, 2000). En esta misma época, en Estados Unidos, en los sectores más industrializados se hace más evidente la diferencia aguda-crónica y se crea la Comisión on Chronic Illness, (Comisión de las Enfermedades Crónicas) con el objetivo de estudiar los problemas que representaban en este país. Esta Comisión definió a la enfermedad crónica como aquella que comprendía todos los deterioros o desviaciones de lo normal y que tiene una o más de las siguientes características: permanente, con presencia de discapacidad, que causa alteraciones

patológicas no reversibles, que requiere especial tratamiento de rehabilitación y de un largo periodo de supervisión, observación y cuidado (Castañeda, 2006).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud, define como enfermedad crónica aquella patología de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Nobel (1991) la conceptualiza como una serie de trastornos orgánicos o funcionales que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo. Según Avellaneda y cols. (2007) esta se caracteriza por presentar una etiología incierta, múltiples factores de riesgo, un largo período de latencia, un curso prolongado, deterioro funcional de las capacidades e incurabilidad. Afecta a todos los grupos de edad, si bien es mayor su presencia entre la población adulta, y producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen.

En la mayoría de los países desarrollados las enfermedades crónicas han igualado o incluso superado la prevalencia de las enfermedades infecciosas (OMS, 2002). A este cambio en la prevalencia mundial de las enfermedades no transmisibles se ha denominado “Transición epidemiológica” (Vallín, 2002) y puede reflejarse en el hecho de que en 1900, la neumonía, la tuberculosis y la enteritis, eran tres de las más destacadas causas de muerte; mientras que en la actualidad las enfermedades coronarias, el cáncer y las cerebrovasculares son las tres principales causas de fallecimiento, configurando aproximadamente las dos terceras partes (Browson et al., 1993) de las defunciones. Este aumento viene dado por diversos motivos, entre los que se encuentran los cambios en el estilo de vida y tipo de alimentación, favoreciendo el incremento de factores de riesgo como la obesidad y otras alteraciones metabólicas (Velázquez-Monroy y cols., 2003). Estos factores unidos al aumento de la esperanza de vida, que ha alcanzado los 80,2 años

en el momento actual (Portal Mayores, 2009), han facilitado un cambio en la estructura poblacional hacia una de mayor edad incrementando el riesgo de padecer una enfermedad crónica.



**Fig. 2.: Pirámides de población española (INE)**

De la misma forma que en las estadísticas generales encontramos esta tendencia, en España también se observa el mismo patrón de crecimiento (Mas y Pérez, 2000; Arroyo, 2004), presentando la esperanza de vida al nacer un importante cambio desde los 34,76 años en 1900 a los 78,71 en 1998 (Goerlich y Pinilla, 2009). Es de destacar la diferencia entre sexos en el que las mujeres muestran una esperanza de vida al nacer de 83,5 años, y los varones de 77,0 años (Portal Mayores, 2009). Así mismo, y en coincidencia con los datos mundiales, también se observa una caída muy pronunciada de la natalidad, que da lugar a un envejecimiento notable de la población y aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes (Menéndez y cols., 2005).

Sin embargo, aunque la reducción de las enfermedades infecciosas es un cambio positivo en la salud poblacional, el aumento de las crónicas es un hecho que debe de ser objetivo de la atención sanitaria con la presencia de un mayor estudio de todos aquellos factores que pudieran influir en la prevención de las enfermedades y en el mantenimiento de una buena calidad de vida, así como un incremento en la atención de aquellas variables que rodean a la discapacidad y la muerte.

#### 2.1.1.- Variables psicológicas en la enfermedad crónica

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede producir en el paciente una disrupción en su vida debido tanto a la amenaza que supone, como por los cambios que el paciente tendrá que realizar en sus rutinas y hábitos (Novel y cols., 2000). Ledón Llanes (2010) explica que las experiencias de los sujetos en el momento del diagnóstico suelen relacionarse con el desconocimiento inicial acerca de la enfermedad y media en el impacto generado por la recepción de la noticia, que en ocasiones es excesivamente general, no adaptada quizás al paciente, o carente de información acerca de cómo vivenciarla y adaptarse a ella, lo que puede producir en el sujeto creencias y sentimientos de inseguridad y sensación de falta de control sobre su enfermedad, su pronóstico y su futuro en general.

Cuando el paciente recibe el diagnóstico, se produce una diferencia subjetiva entre lo que es la enfermedad y la forma en que el paciente la percibe. Según indica Martín Alfonso (2003), el significado personal de la enfermedad repercute en la respuesta emocional y en las estrategias de afrontamiento que el sujeto lleve a cabo para enfrentarla. Por ello, han sido numerosos los estudios que se han centrado en el efecto de las cogniciones y emociones en las conductas de Salud-Enfermedad, entre los que destaca el modelo centrado en la percepción de enfermedad del propio paciente; es decir, enfocado en las creencias que tiene el enfermo al inicio de su patología. Estos estudios se centran en la

forma en que se desarrollan modelos cognitivos a partir de los cambios corporales y los síntomas (Weinman & Petrie, 1997; Álvarez, 2002) basándose en la idea de que las personas crean constructos representacionales sobre el mundo exterior para explicar y predecir futuros acontecimientos y por lo tanto, los pacientes desarrollan modelos cognitivos similares relacionados con el desarrollo de una enfermedad.

Según indican Quiceno y cols. (2010) los modelos relacionados con la percepción de la enfermedad, como el de Leventhal et al. (1980) indican que las personas adquieren las representaciones sobre su enfermedad a través de determinadas experiencias, bien mediante situaciones anteriores en las que el sujeto haya estado enfermo, bien a través de la experiencia vicaria en el padecimiento de alguno de sus familiares o amigos (Taylor, 2007). Estos esquemas de enfermedad comprenden desde la información básica (el nombre, síntomas, duración y tratamiento), hasta las creencias acerca de los factores responsables de su inicio o su posible curación mediante el tratamiento apropiado (Beléndez y cols., 2005; Taylor, 2007). En este proceso, se varía desde concepciones imprecisas, o no realistas, hasta conocimientos amplios, técnicos y completos, influyendo de manera importante en las conductas que realice el sujeto para prevenir o tratar su patología.

Partiendo de esa premisa se desarrolla el “Modelo de Autorregulación de la Enfermedad” formulado por Howard Leventhal en la década de 1980, que identifica los factores involucrados en la elaboración de las creencias del sujeto acerca de su enfermedad y la manera en que estas percepciones y creencias influyen en la planificación de estrategias de afrontamiento y en el tratamiento y recuperación del paciente. Propone, así mismo, que un estímulo o un síntoma de la enfermedad facilita una representación



cognitiva y emocional de la misma. En este sentido, los componentes principales que forman el modelo pueden diferenciarse en:

- La *identidad*, que hace referencia a los síntomas y la etiqueta de la enfermedad. Cuando las personas son diagnosticadas, rápidamente desarrollan creencias sobre los síntomas y su relación con la enfermedad. En la mayoría de los casos, desarrollan unas ideas consistentes sobre los síntomas de las enfermedades comunes, pero presentan ideas vagas sobre aquellas menos frecuentes (Leventhal et al.,1980).
- La *causa*, hace referencia a las ideas sobre la etiología de la enfermedad; según Letelier et al. (2011) tienden a ser atribuidas a: factores genético-biológicos, como virus o deficiencias del sistema inmune; factores ambientales, como contaminación; o variables psicológicas, como efecto de situaciones estresantes de la vida cotidiana o factores derivados de la personalidad. Este componente es muy importante en tanto que influye en la elección del tratamiento y de las actitudes ante la enfermedad, de modo que si un sujeto atribuye como factor causal de su dolencia a alguno de sus malos hábitos es más probable que en un futuro los modifique.
- La *duración* de la enfermedad, hace alusión a la expectativa sobre el tiempo que el sujeto la padecerá. De este modo, las enfermedades son comúnmente categorizadas como agudas, crónicas o cíclicas. En la mayoría de los sujetos sus experiencias se relacionan con la percepción aguda de una patología, por lo que en ocasiones la aceptación del diagnóstico de una enfermedad crónica se plantea como tarea difícil.
- La *cura/control*, hace referencia a la receptividad de la patología a un tratamiento. Las personas que creen poder controlar su enfermedad presentan un ajuste mayor

(Hegelson, 1992), un incremento en la tendencia a participar en programas de rehabilitación (Cooper et al., 1999) y mayor adherencia al tratamiento (Griva et al., 2000).

- Las *consecuencias*, que describe la percepción sobre el efecto que la enfermedad tendrá en la vida del paciente, bien en su área personal, social o económica. Siguiendo este modelo, las expectativas sobre esta variable, explica la elección de las estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto, la experiencia de la enfermedad en general, y de la enfermedad crónica en particular no es un estándar en el sujeto enfermo, sino que difiere en cada paciente dependiendo de su forma de evaluar y afrontar el padecimiento. Ello estará influido por la percepción y creencias que tenga sobre la dolencia, de modo que, para algunos pacientes, el diagnóstico de una enfermedad crónica puede sentirse como un evento estresante, un reto, una amenaza, una pérdida o un castigo, mientras que, para otros, la percepción de esta situación puede valorarse como un beneficio, un alivio o una oportunidad de aprender aspectos fundamentales para la vida (Martín Alfonso, 2003; León y cols., 2004).

En los últimos años, la literatura científica y en particular la psicología positiva han contribuido a la identificación de los factores de protección relacionados con la enfermedad crónica, entre los que se encuentra la capacidad de percibirla como una opción de aprendizaje y superación, y no como una amenaza. Esta visión se sitúa comprendida dentro del concepto de *resiliencia*, que fue acuñado por el psiquiatra Michael Rutter (Vera Poseck et al., 2006) en 1970, refiriéndose con ello a la capacidad de un individuo de reaccionar ante situaciones adversas de forma exitosa, aprendiendo de la situación y adaptándose a ella (Martorelli & Mustaca, 2004; Kern & Moreno, 2007). Posteriormente Kobasa, Maddi y Kahn (1982) relacionan el concepto de “personalidad

resiliente” con la existencia de un estilo o patrón de personalidad, capaz de desarrollar cierta protección frente a los factores que provocan estrés.

Este concepto se ha tenido en cuenta a la hora de evaluar la adaptación de los sujetos al padecimiento de dolencias y enfermedades y, obviamente también, a la enfermedad crónica, trabajando sobre todo en investigaciones con población infantil (Gartstein et al., 2000; Masten & Powell, 2003; Castro y Moreno-Jiménez, 2007; Vinaccia y cols., 2007). En adultos, algunos estudios sobre resiliencia encuentran que aquellos sujetos que mostraron gran sentido del compromiso, sensación de control sobre los acontecimientos y una gran capacidad de reto ante su situación de enfermedad crónica, son quienes mostraban mayor resiliencia (Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza, 2009) siendo una variable clave en la adaptación a la enfermedad y protección frente a problemas de índole emocional.

Es interesante, por lo tanto, tener en cuenta este aspecto a la hora de estudiar cómo las personas enfrentan una situación como la enfermedad crónica y qué es lo que difiere entre quienes se adaptan y quienes se dejan vencer por el padecimiento, siendo más vulnerables a la psicopatología. En este sentido, según indica Llorca (2010) las reacciones de los pacientes frente a la enfermedad son variables, dependiendo de muchos factores, entre ellos el modo de afrontamiento que se convertirá en modulador de su salud, pudiendo incidir en el bienestar físico y psicológico de cada paciente en función del estilo asumido.

La experiencia de la enfermedad crónica requiere una reformulación tanto de sí mismo, del autoconcepto y la asunción de un nuevo rol, el rol de enfermo, así como de las diversas áreas de la vida que van a encontrarse afectadas por la enfermedad. En este sentido, Novel Martí y cols. (2000) sugieren la existencia de una serie de problemas que

afectan a la forma de ver la dolencia y a la manera de actuar en sus relaciones interpersonales. Las áreas que pueden verse alteradas son:

- El ámbito familiar, en el que los cambios relacionados con los roles, bien sea del propio sujeto, bien sea el papel de los familiares ante la patología, los producidos en las rutinas y los problemas de comunicación son aspectos que interfieren en el funcionamiento del individuo. La hospitalización, los tratamientos y las variaciones en los hábitos de vida implican a la familia, pues con frecuencia tienen que reestructurar el sistema. En numerosas ocasiones (Vidaver, 1990) es el factor económico el que afecta a la estabilidad ya que ante la cronicidad, no sólo es el coste farmacéutico, sino que la necesidad de contar con ayuda de otros profesionales, puede desequilibrar la situación financiera. Según Ponce y cols. (2007) la familia puede intervenir en el curso de la enfermedad crónica mediante una influencia positiva o negativa en el proceso y siendo la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente para afrontar con éxito los problemas, su atención también es un aspecto a tener en cuenta en el abordaje de la dolencia (Citado por Vega Angarita y González Escobar, 2009).

- En el área social, los problemas relacionados con la pérdida de vínculos y lazos afectivos, la pérdida de estatus o cambios económicos, el aislamiento y las modificaciones en las relaciones, también son factores de adaptación necesarios para la nueva situación y afectan en mayor o menor medida a los enfermos. Las rutinas cambian y ciertas actividades satisfactorias para el sujeto pueden quedarse apartadas por la nueva condición. Así mismo algunos de los hábitos relacionados con la vida que solía llevar el paciente, ahora no son compatibles con el autocuidado y, en ocasiones, las redes sociales pueden verse mermadas conforme desaparecen las actividades. El apoyo social es uno de los factores de mayor importancia en la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad

crónica (Pennix et al., 1998; Strine et al., 2009; Oftedal et al., 2011) reduciendo los niveles de estrés y minimizando los efectos negativos, con ello se genera un impacto positivo en el desarrollo de la autoeficacia y en el proceso de asimilación y adaptación (Eldridge, 1994; Penninx, et al., 1998; Kimberly y Serovich, 1999).

- En el área personal, los problemas más relevantes son aquellos que conciernen a la pérdida de salud, entre los que destacan: el malestar físico y emocional, pérdida de funciones, cambios en la sexualidad, pérdida de independencia, alteraciones en el autoconcepto, miedo a la pérdida de control y respuestas depresivas.

La Depresión Mayor y los Trastornos de Ansiedad son diagnósticos relativamente frecuentes, bien debido a la propia enfermedad crónica o bien a consecuencia del desgaste psicológico y a las dificultades de adaptación (Oblitas Guadalupe, 2009), dado que aunque el nivel de salud puede ser aceptable y la enfermedad estar controlada, la percepción de la calidad de vida puede estar disminuida (Guerra y cols., 2011).

## **2.2.- La diabetes mellitus**

### 2.2.1.- Desarrollo histórico de la diabetes mellitus

El término diabetes procede del griego diabétes, que a su vez deriva del verbo diabaíno que significa “caminar” formado a partir del prefijo *dia-*, ‘a través de’, y *báino*, ‘andar, pasar’. Según Díaz Rojo (2004), originariamente la palabra *diabetes* significaba en griego *compás*, y era una metáfora basada en la semejanza del compás abierto con una persona andando, que tiene las piernas colocadas en posición de dar un paso, aunque en otros escritos hacen referencia al concepto “sifón”, como medio que deja pasar el líquido. La descripción más antigua de la diabetes como estado poliúrico data del 1550 a.c, en el antiguo Egipto (Holt, 2005) y es Areteo de Capadocia quien hacia el siglo II a.C. utiliza el

término *diabetes* para referirse a la enfermedad, expresando el concepto en el sentido etimológico de ‘tránsito, paso’ referido a la excesiva expulsión de orina, que era el primer síntoma conocido de la enfermedad. Escribió un libro titulado *De Causis Et Signis Morborum*, (“Sobre las causas y los síntomas de las enfermedades”), donde se describe todo lo relacionado a la diabetes y da indicaciones dietéticas del tratamiento, entre ellas, discute el consumo de leche, vino, verduras asadas y trigo.

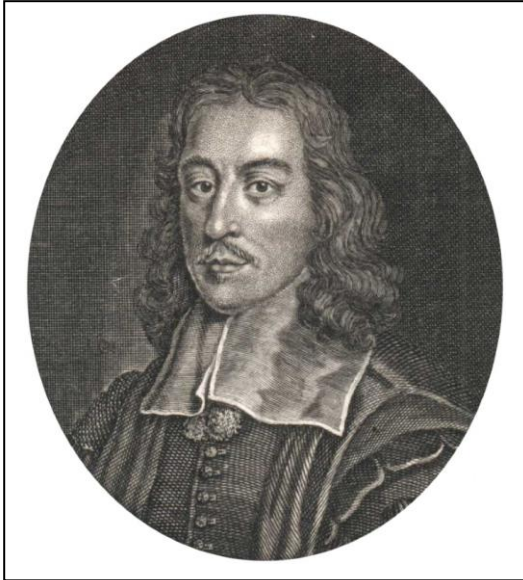


Fig. 3: Aretaeo de Capadocia (izquierda) y Aulo Cornelio Celso (derecha)

El médico griego Aulo Cornelio Celso (30 a.C.-50 d.C.), en la misma época describe la enfermedad, denominándola *urinae nimia profusio* (flujo profuso de orina) y observando la falta de dolor en la micción y fuerte demacración. Galeno en el siglo II a.C. emplea además de este término el de *dipsacon*, debido a la sed que presentan estos enfermos y diarrea de orina, atribuyendo la causa a una debilidad renal (Díaz Rojo, 2004). Según este autor, a lo largo del tiempo el concepto de diabetes se había utilizado de forma imprecisa, designando así toda expulsión abundante de orina sin atender a otros síntomas concomitantes; en este sentido, la palabra diabetes se usaba como sinónimo de poliuria. Aunque Holt (2005) indica que ya en los siglos V y VI, los médicos indios reconocieron en

la orina de los pacientes poliúricos un sabor dulce que atraía a los insectos, Díaz Rojo (2004) señala que es en siglo XVIII cuando se descubre esta cualidad.

El término diabetes mellitus como tal, fue acuñado por Thomas Willis, médico del



**Fig. 4. Thomas Willis**

Rey Carlos II, en el año 1674 asignando este nombre a un tipo de diabetes cuya orina presenciaba color claro con matiz amarillento y señalando desde entonces la importancia del estilo de vida al remarcar que la incidencia de la diabetes aumentaba debido a la buena comida y la grata compañía.

En 1776, Matthew Dobson descubre que la dulzura hallada en la orina es causada por el

azúcar y que está relacionada con el nivel de esta en la sangre. John Rollo, a comienzos del siglo XVIII utiliza por primera vez el término “diabetes mellitus” para diferenciarla de la “diabetes insípida”, término que permanece hasta nuestros días (Holt, 2005).

Entre el siglo XVIII y XIX, autores como Sauvages (1765) o Ballano (1817) describen la enfermedad como caracterizada por gran secreción de orina, marcada sed y enflaquecimiento o extenuación. Díaz Rojo (2004) transcribe en su artículo alguno de los textos utilizados en la época para describir la enfermedad. Así, encontramos el de Manuel Hurtado de Mendoza, en 1840, quien dice designar con éste nombre a la enfermedad caracterizada por un aumento y alteración manifiesta en la secreción de orina, acompañada de sed viva y enflaquecimiento progresivo. De igual forma, en el diccionario ofrecido por Ballano, el *Diccionario de medicina y cirugía* de 1817, la enfermedad se ve caracterizada

por flujos de orina inmediatos a la ingesta y cuya evacuación se presenta con calentura lenta y sed insaciable.

Entrado el siglo XIX, Claude Bernard (1813-1878), fisiólogo francés, descubrió que el azúcar se almacenaba en el hígado en forma de glucógeno, lo que fue un gran avance y posteriormente, Paul Langerhans (1847-1888) descubrió los islotes pancreáticos, aunque sería Edouard Laguesse (1861-1927), internista francés, quien en 1893 indicara que éstos representan el tejido endocrino del páncreas (Holt, 2005).



**Fig. 5. E. Laguesse**

Minkowsky, Banting y Best, son claves a principios del siglo XX por sus aportaciones al avance en el conocimiento de la enfermedad y por el descubrimiento de los dos últimos junto con Macleod y Collip de la insulina, lo que les llevó al Premio Nobel en 1923 tras experimentar con extractos de páncreas. La insulina se prueba por primera vez en una persona en 1922, para el tratamiento de Leonhard Thompson, y a partir de ahí el tratamiento diabético se transforma (Hold, 2005); siendo la empresa farmacéutica Lilly quien comercializará posteriormente esta sustancia en 1923 (Figuroa, 2003).

Hoy se conoce que la forma principal de diabetes es una alteración en el metabolismo de etiología múltiple, caracterizada por falta de acción de la insulina y que cursa con hiperglucemia y glucosuria, ocasionando poliuria y polidipsia y a la larga trastornos vasculares y neuropáticos (Chaune e Inarejos, 2004).



Los criterios diagnósticos de la diabetes han ido variando conforme han transcurrido los años. Así en la década de los setenta, no existía un consenso a cerca de los criterios diagnósticos de la enfermedad y esto generaba inconvenientes a la hora de calcular la incidencia del problema en la población (West, 1975). Es en 1965, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) saca a la luz el primer informe especializado sobre la enfermedad y posteriormente la American Diabetes Association propone unos criterios diagnósticos con un mayor énfasis en la concentración de la glucosa en sangre (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997).

#### 2.2.2.- Definición y clasificación de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un síndrome clínico metabólico caracterizado por presentar una elevación crónica de la glucemia en la sangre, llamado hiperglucemia, que se forma debido a un déficit parcial o total de insulina secretada por el islote de Langherhans del páncreas. Ésta alteración implica una disminución en la metabolización de la glucosa, aumento de sus niveles en sangre y un incremento en los cuerpos cetónicos y acidosis. Cuando la hiperglucemia es significativa, ésta cursa acompañada de polidipsia, poliuria y pérdida de peso (Pou, 1988), además de complicaciones metabólicas agudas, como la cetoacidosis diabética o el síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.

Para considerar la existencia del diagnóstico de DM, la prueba más ampliamente utilizada es la determinación de glucosa en ayunas, considerándose ésta la prueba de mayor sensibilidad, más específica y de mayor valor predictivo. Actualmente las cifras que se han valorado para la asunción de una glucemia plasmática normal, son aquellas inferiores a 100 mg/dl y se han considerado como glucemia alterada las que en ayunas se encuentra comprendida entre 100 y 125 mg/dl. Estos límites han variado en los últimos años, debido a que la investigación parece observar que los sujetos con glucemias de entre 100 y 110

mg/dl tienen mayores riesgos de desarrollar DM tipo 2 que aquellos cuyas glucemias son inferiores a 100 mg/dl.

No obstante, existe una situación de intolerancia a la glucosa que aparece si al sujeto se le somete a una prueba de sobrecarga oral con 75mg de glucosa (PSOG) y al transcurrir 2 horas, los niveles se encuentran entre 140mg/dl y 199mg/dl y considerándose normal, por el contrario, si la prueba presenta niveles inferiores a 140 mg/dl. Cuando los niveles de glucemia aumentan hasta una cifra superior a 200mg/dl, se establece el diagnóstico provisional de DM.

**Tabla 1.: Criterios diagnósticos de la Diabetes (Herrera Pombo, 2007)**

- 
- 1.- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso no explicada) y glucemia basal al azar (a cualquier hora del día) mayor o igual a 200 mg/dl.
  - 2.- Glucemia plasmática en ayunas (mínimo 8 horas en ayunas) mayor o igual a 126mg/dl
  - 3.- Glucemia plasmática 2 horas PSOG mayor o igual a 200mg/dl.
- 

El proceso o la evolución de la enfermedad, que se corresponde más con un síndrome de etiopatogenia diversa que con una enfermedad, determina a veces una serie de complicaciones que pueden ocasionar afecciones como la microangiopatía con afectación de la retina, del riñón, de la piel, neuropatía y agravamiento de las alteraciones vasculares en las extremidades inferiores, coronarias e incluso afectar a la circulación a nivel cerebral, aumentando además el riesgo de mortalidad en estos pacientes (Goday y cols., 2007).

Los datos y las previsiones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, indican un aumento en la prevalencia de esta enfermedad especialmente en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo, dada la progresiva occidentalización del estilo de vida y debido a que, entre otros factores, los cambios en los hábitos de vida y en la dieta

sobre la base de un genotipo predisponente, aumentan los riesgos para padecer este trastorno.

**Tabla 2.: Clasificación de la diabetes mellitus. (Herrera Pombo, 2007)**

---

**Diabetes Tipo 1. (DM1)**

a. Autoinmune.

b. Idiopática.

**Diabetes tipo 2. (DM2)**

**Otros tipos específicos** ( por defectos genéticos de la función de las células B, por defectos genéticos en la acción de la insulina, por enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, por fármacos u otras sustancias químicas, debida a infecciones, formas poco comunes de naturaleza inmune, otros síndromes ocasionalmente asociados a la diabetes)

**Diabetes mellitus gestacional (DMG)**

---

Dentro de la clasificación de la diabetes mellitus pueden diferenciarse dos grupos fundamentales: la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), con el que se denomina a la diabetes de base autoinmune que, a su vez, puede dividirse en dos subtipos: la DM1A, ocasionada por la destrucción de los islotes de Langerhans, con pérdida de la secreción de insulina en sujetos susceptibles genéticamente y la DM1B, en la que la etiología autoinmune no puede ser determinada (Hawkins Carranza y cols., 2007) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que surge a partir de una predisposición genética que se transforma en una pérdida del control del metabolismo de la glucosa, gracias a la confluencia de múltiples factores como un inadecuado estilo de vida, la presencia de alguna infección vírica, obesidad de predominio visceral, etc. Se presenta con una primera fase de intolerancia a la glucosa que puede evolucionar de forma muy heterogénea, fluctuando entre una posible remisión total en un tercio de los casos, o progresar a una DM2.

### 2.2.2.1.- La diabetes mellitus tipo 1.

La diabetes mellitus tipo 1A (DM1A) es una enfermedad crónica de etiología autoinmune que ocurre como consecuencia de una destrucción de las células  $\beta$  pancreáticas. Anteriormente se la denominaba “insulinodependiente” o “de comienzo juvenil” porque suele presentarse en la infancia o juventud, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida. Existe una predisposición genética para su aparición, pero también puede estar relacionada con factores ambientales que facilitan su desarrollo al poner en marcha la autoinmunidad antiislole pancreático.

Así, la diabetes mellitus 1B (DM1B) es denominada de esta forma, ya que no se conoce la etiología, no se encuentra autoinmunidad, ni ninguna asociación con genes del complejo de histocompatibilidad (HLA), característicos de la DM1A. Ésta tiene fuerte penetrancia hereditaria y parece encontrarse con más frecuencia entre asiáticos y afroamericanos (Herrera Pombo, 2007).

El desarrollo de la enfermedad se basa en la predisposición genética de algunos sujetos, que son expuestos a un inmunoadivador que inicia un proceso autoinmunitario cuya consecuencia es una declinación gradual de la masa de células  $\beta$ , apareciendo la enfermedad cuando este descenso se conforma en el 80% de la masa total de células (Skyler, 1998). En la mayoría de los casos, los marcadores aparecen después del suceso desencadenante pero sin que la sintomatología clínica se haya manifestado y puede aparecer un período de remisión o de control de glucemia con dosis bajas de insulina, que se denomina *luna de miel*; sin embargo, esta fase termina en el momento en que acaban por destruirse las células que aún quedaban y el sujeto sufre un déficit completo de insulina.

La susceptibilidad genética de la DM1 parece ser importante porque es el mayor factor aislado desencadenante de la enfermedad, aunque los estudios indican una concordancia de un 35-50% entre gemelos homocigóticos (Lo et al., 1999). Este riesgo de padecer la enfermedad se aleja conforme dista el parentesco entre los sujetos pero manteniéndose superior a la población normal, lo que sugiere una asociación con la carga genética aunque sin olvidar la implicación de factores ambientales relacionados. Estos factores pueden afectar, bien iniciando o modulando, el proceso autoinmune. Redondo y cols. (1999) refieren que la concordancia entre gemelos encontrada indica la necesidad de que existan otros agentes asociados al desarrollo de la enfermedad.

Entre las variables que parecen tener efecto en el progreso de la DM1 se encuentran los virus, así Hawkins Carranza y cols. (2007) han observado en diversos estudios de experimentación en animales que la acción de determinados virus pueden tener un efecto directo en la infección y destrucción de las células  $\beta$ , o bien desencadenar un proceso autoinmune.

La nutrición también se encuentra dentro de los factores hipotéticos que pueden tener efecto sobre el desarrollo de la enfermedad de forma que, según los mismos autores, ha sido asociada la ingesta de leche de vaca precoz con el desarrollo de la enfermedad, siendo los primeros estudios realizados, en torno a los años 90 (Borch et al., 1984; Gerstein et al., 1994). Así mismo, los cereales, debido a su comportamiento como desencadenante de la autoinmunidad en los pacientes con enfermedad celíaca, también han sido un factor discutido en el desarrollo de la diabetes mellitus (Ziegler et al., 1993); sin embargo, actualmente se considera que la relación entre estos factores es débil, no encontrando una relación directa.

Algunos estudios se centraron en sustancias tóxicas, como nitratos y nitritos presentes en muchos alimentos, como posibles factores diabetogénicos (Virtanem, 1994), no encontrando resultados del todo aclaratorios.

Otros agentes perinatales, como la edad materna superior a los 25 años, la preeclampsia, las enfermedades respiratorias perinatales, o la incompatibilidad sanguínea ABO, se han valorado también como factores asociados al riesgo de padecer DM, como señalan Hawkins Carranza y cols. (2007).

Finalmente existen teorías acerca de la etiopatogenia de la diabetes mellitus, como aquella que implica una interacción entre la vulnerabilidad genética y los agentes ambientales, explicando el desarrollo mediante la interacción entre un sujeto con una predisposición genética que es expuesto a ciertos agentes o factores ambientales cuya incidencia y agresividad varía y que al impactar sobre la persona, facilitan el desencadenamiento de un proceso autoinmune (Hawkins Carranza y cols., 2007).

#### 2.2.2.2.- La diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una alteración que afecta a personas con resistencia a la insulina o que tienen una deficiencia relativa a ésta. Representa la mayoría de los casos de diabetes y por lo general se corresponde con adultos de más de 40 años de edad con algún grado de obesidad. No requieren insulino terapia, aunque con la evolución de la patología su capacidad secretora tiende a deteriorarse y, en ocasiones, es necesaria la aplicación de insulina para lograr el óptimo control de glucemia (Gardner & Shoback, 2008).

Esta patología viene caracterizada por tres alteraciones fisiológicas: una alteración en la secreción de insulina, resistencia periférica a ésta y producción hepática excesiva de glucosa:

- La resistencia a la insulina, o capacidad disminuida de la misma para actuar con eficacia sobre los tejidos periféricos, es un aspecto primordial en la DM2. Esta resistencia es relativa y altera la utilización de glucosa por los tejidos sensibles a insulina, aumentando también la producción hepática de glucosa. Ambas acciones contribuyen a la aparición de la hiperglucemia.

- El trastorno de la secreción de insulina se caracteriza por un aumento inicial de la secreción de esta sustancia, como respuesta a la insulinoresistencia, con el objetivo de mantener la homeóstasis original. Al principio el defecto es leve y afecta de forma selectiva a la secreción de insulina estimulada por la glucosa, finalmente esta alteración avanza a un estado de secreción inadecuado.

- El aumento de la producción hepática de glucosa se debe a que en esta patología, la resistencia hepática a la insulina refleja la incapacidad de la hiperinsulinemia de suprimir la glucogénesis, lo que implica la aparición de hiperglucemia en ayunas y disminución del almacenamiento de glucosa en el hígado en el periodo postprandial (Larry Jameson, 2007).

La evolución de la enfermedad se caracteriza por ser insidiosa, así se puede observar inicialmente una fase de intolerancia a la glucosa de evolución muy heterogénea, dado que bien puede remitir espontáneamente (hasta un tercio de los casos), bien desembocar en una DM2 o mantenerse estable durante años. En esta fase existe un riesgo para el sujeto de toxicidad metabólica y vascular inducida por la hiperglucemia crónica, que se denomina

glucotoxicidad, así como otras alteraciones metabólicas que se producen por la ausencia bien absoluta o relativa de insulina, como la lipotoxicidad que puede aparecer producto de la pérdida de acción antilipolítica de la insulina en el tejido adiposo, que puede crear una afluencia masiva de ácidos grasos libres en el hígado, en el músculo esquelético y en la célula  $\beta$  creando un efecto de mayor resistencia insulínica y riesgo cardiovascular elevado.

Esta evolución de la enfermedad puede llevar años y es acompañada por un deterioro de la función de la célula  $\beta$  del páncreas, que puede finalizar en su anulación funcional.

La DM2 tiene un fuerte componente genético y, aunque aún no se han descubierto los genes principales que predisponen a este trastorno, se considera una enfermedad poligénica y multifactorial. La concordancia de la DM2 en gemelos idénticos se encuentra comprendida entre el 70 y el 90% y en la familia, en el caso de que ambos progenitores padezcan la enfermedad, la probabilidad de que ésta aparezca es del 40%; sin embargo la definición de la alteraciones genéticas de la DM2 es controvertida ya que el defecto genético de la secreción o falta de acción de la insulina puede no manifestarse a menos que un factor ambiental incida sobre ello.

Las mutaciones en varias moléculas que participen en la acción de la insulina explican un porcentaje muy pequeño de los casos, al igual que no se ha encontrado una alteración de las proteínas que explicase la variación en la secreción de esta hormona (Larry Jameson, 2007). Entre los factores que pueden influenciar el desarrollo de diabetes se encuentran una reducida sensibilidad de las células  $\beta$  a la glucemia, basándose en que en la fase preclínica de la diabetes la respuesta insulínica a la sobrecarga oral de glucosa es insuficiente y esto pudiera deberse a una menor sensibilidad de los receptores de las células pancreáticas (Lozano, 1985).



**Tabla 3.: Diferencias entre DM1 y DM2 (Ayala y cols., 2002)**

	<b>DM1</b>	<b>DM2</b>
<b>Sexo</b>	Varones igual que mujeres	> Mujeres
<b>Edad</b>	Menos de 30 años (cualquier edad)	> 40 años
<b>Herencia</b>	Coincidencia en gemelos idénticos en un 40-50%	coincidencia 90%
<b>Inmunidad celular pancreática</b>	Sí	No
<b>Etiología Viral</b>	Posible	No

Otros factores, como la edad avanzada (ser mayor de 60 años), la obesidad o la alimentación también forman parte del desencadenante diabético. Según encontramos en diversos estudios, la obesidad se acompaña de resistencia a la insulina, por lo que la duración prolongada de ésta (Sakurai et al., 1999, Wanamethee, 1999) o la presencia de obesidad central son puntos clave entre los factores de aparición de diabetes, debido a que una de las explicaciones se basa en la capacidad que los adipocitos tienen para liberar ácidos grasos libres que provocan insulinoresistencia en el hígado y en los músculos, además de poseer un acceso mayor hacia el hígado (Carey et al., 1997; Bjorntorp, 1999).

La dieta es una cuestión polémica, en la que algunos autores se han centrado para explicar el aumento en la incidencia de la enfermedad sugiriendo que cambios importantes en la tolerancia de la glucosa se deben al cambio de dieta, y que una alimentación rica en fibra, verduras o fruta, funcionaría como protector de la aparición de esta enfermedad (Goday, 2006).

La inactividad física o el sedentarismo es otro de los factores importantes a tener en cuenta cuando se trata del desarrollo de la enfermedad, ya que un aumento de actividad

moderada y prolongada reduce a la mitad la prevalencia de la diabetes, favoreciendo además el metabolismo de los lípidos y contribuyendo a la reducción de peso. No hay que olvidar que el incremento que se produce en los índices de obesidad en el mundo ha sido uno de los principales causantes del aumento en la incidencia de la diabetes y se estima que hasta el 80% de los nuevos casos que aparecen, pueden atribuirse a este factor (Lean, 2000).

#### 2.2.2.3.- La diabetes gestacional.

Se denomina diabetes gestacional a aquella diabetes que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo (Alvariñas y Salzberg, 2003) y que se produce por el bloqueo insulínico debido a efectos hormonales (resistencia insulínica) a partir aproximadamente de las 20 semanas de gestación. El criterio para el diagnóstico, según la Organización Mundial de la Salud, es realizar a la mujer embarazada una Curva de Tolerancia a la Glucosa (CTG) similar a la utilizada en adultos fuera de embarazo (Febres Balestrini et al., 2000).

En muchos casos los niveles de glucosa retornan a la normalidad después del parto, aunque presentan un riesgo mayor de padecer diabetes tipo 2 en los años posteriores, aproximadamente un 15% el primer año y 50% en los siguientes 15 años, si no toman medidas preventivas al respecto (Henry y Beischer, 1991; McWire et al., 1996).

La diabetes mellitus gestacional puede conllevar un aumento en el riesgo de abortos espontáneos y malformaciones congénitas durante el primer trimestre del embarazo, por lo que se considera teratogénica (Lazalde y cols., 2001). La relación entre los niveles de glucemia en la madre y alteraciones fetales como la macrosomía, malformaciones, incidencia de cesáreas y otros problemas es prácticamente lineal (Sermer et al., 1995; Kjos

& Buchanan, 1999). Por ello también es importante el abordaje temprano y el tratamiento de la patología materna, basado en los pilares clásicos de la diabetes: educación, automonitoreo, plan nutricional, actividad física e insulina (Domenech y Manigot, 2001).

### 2.2.3. Epidemiología de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor prevalencia y repercusión sociosanitaria, debido tanto a su elevada frecuencia, como al hecho de ser uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar una patología cardiovascular. Su prevalencia en España es muy variable y según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) fluctúa dependiendo de la región evaluada oscilando entre el 6% y el 12% de la población. Según indica Goday (2002) es posible encontrar diferencias también en función de la edad, siendo la prevalencia de un 6,2% en los grupos de entre 30 y 65 años y aumentando las cifras hasta el 10% si ampliamos el rango hasta los 89 años. Además, según este autor, existe una diferencia entre la diabetes mellitus detectada y la ignorada de 1:3 y 2:3, indicando así, que existe un número de sujetos que, aún padeciendo la enfermedad, su diagnóstico todavía no ha sido realizado. Incluso encontramos estudios que indican que, habiéndose diagnosticado la diabetes y siendo tratados, bien en atención primaria o bien en atención especializada, sólo 4 de cada 10 pacientes presentan un control glucémico adecuado (Soriguer, 2011) lo que llama la atención sobre la dificultad en el control de la enfermedad y la adherencia al tratamiento y a las indicaciones recomendadas.

Así mismo, la DM es una enfermedad que a largo plazo puede conllevar serias complicaciones y cuya prevalencia varía en función del tipo al que corresponda, del tiempo de evolución y del grado de control metabólico, estimándose globalmente en las siguientes cifras: presencia de neuropatía en un 25%; detección de retinopatía en un 32% y la posibilidad de que aparezca una nefropatía en un 23% (Goday 2002). Según indican Ruiz-

Ramos y cols. (2006) en el año 2003 se produjeron unas 390.000 altas por diabetes mellitus en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español, lo que supone cerca de los 10% de ingresos hospitalarios. Es importante destacar también que en España, la diabetes es la tercera causa de mortalidad entre las mujeres y la séptima en los varones.

Centrándonos en los tipos de diabetes, la incidencia de la DM1 se presenta en torno a los 11-12 casos /100.000 habitantes y según el estudio EURODIAB 2000 (Soltestz, 2007), parece que está aumentando. Cabe puntualizar que, cuando se considera la información sobre epidemiología de la DM1, aún tratándose de una enfermedad relativamente frecuente las tasas de incidencia son bajas y ello interfiere en la precisión de su investigación (Goday, 2002). Libman (2009) señala la fuerte variación en la incidencia de esta patología en las distintas regiones del mundo, desde 0,1/100.000 por año en China, a más de 38/100.000 por año en Cerdeña, y 45/100.000 por año en Finlandia. Según esta autora, se puede decir, en líneas generales, que la incidencia es mayor en países de Europa, Estados Unidos y Canadá, cuya población es fundamentalmente caucásica. Otros países con alto porcentaje de población caucásica tienen la incidencia más alta de sus respectivas regiones, tales como Argentina y Uruguay en América del Sur y Australia y Nueva Zelandia en el Pacífico Occidental. Por otra parte, la incidencia es baja en países con una proporción elevada de otros grupos étnicos, como México, Perú y China, según encontró el estudio DIAMOND (Diamond Project, 2006).

En cuanto a la prevalencia de la DM1, existen pocos estudios y los datos deben ser interpretados con precaución dado que presentan ciertas limitaciones, como es el hecho de que pueden abarcar diferentes períodos de tiempo, áreas geográficas limitadas y emplear diferentes definiciones y métodos para recoger toda la información (Libman, 2009). Teniendo en cuenta que más del 50% de diagnósticos de este tipo de diabetes se hacen en

la infancia, Guiralt y cols. (2001) indican que en España, se calcula una prevalencia de 0,92 por mil niños menores de 14 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1.

Con respecto a la diabetes mellitus tipo 2, un 90% de los diabéticos presenta este tipo de diabetes y su prevalencia está aumentando en todo el mundo occidental como consecuencia de que las poblaciones asumen cada vez con mayor asiduidad estilos de vida que conllevan asociados factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la alta ingesta de calorías, entre otras. La diabetes mellitus puede considerarse como la punta del iceberg de un conjunto de riesgos cardiovasculares descritos como “Síndrome del Nuevo Mundo” o Síndrome Metabólico (Ruiz-Ramos y cols., 2006). Este síndrome está compuesto por una serie de condiciones que facilitan, a quien la padece, la posibilidad de desarrollar DM2 o cardiopatía, siendo estas condiciones las siguientes (Torpy, 2006):

- La presencia de una circunferencia abdominal (cintura) mayor de 40 pulgadas en los hombres o de 35 pulgadas en las mujeres.
- Presión arterial alta (hipertensión).
- Hiperglucemia (azúcar en la sangre en ayunas mayor de 110 mg/dL).
- Triglicéridos (un tipo de grasa en el torrente sanguíneo) elevados.
- Bajos niveles de lipoproteína de alta densidad, también conocida como HDL o “colesterol bueno”.

Este síndrome presenta una estrecha relación con la patogenia de la DM y, hasta ahora, los estudios avanzan en su concepción en cuanto a que la confluencia de diversas alteraciones genéticas que provocan resistencia insulínica, en interacción con procesos externos, como malos hábitos alimentarios y la disminución de la actividad física, son los

detonantes en la aparición de los trastornos metabólicos (Reaven, 2002; Fernández-Real y cols., 2003).

En cuanto a la incidencia de la DM2 se calcula que en España se presenta en 8/1.000 habitantes/año (Goday, 2002) y su prevalencia, como indican Valdés y cols. (2007) a través de los distintos estudios realizados, incrementa en los últimos años estimándose actualmente en un 10-15% de la población. Es de señalar que cerca de 2,1 millones de españoles tienen diabetes, aunque sólo de 1,1 a 1,4 millones, casi la mitad del total, lo saben (Bosch y cols., 2002).

La prevalencia de la diabetes mellitus de tipo 2 es mayor en mujeres (60%) y es más acentuada esta diferencia en la raza negra. Siguiendo a Goday y cols. (2002) en España, la edad en el momento del diagnóstico es muy similar en varones y en mujeres y su media es de unos 59 años frente a la de diabetes mellitus tipo 1, que es cercana a los 32 años. La mayoría de los sujetos que padecen la patología viven con mayor frecuencia en ciudades (70%), más del 60% están casadas y un 25% viven solas (incluyendo a los mayores de 65 años). Teniendo en cuenta la edad, según este autor, las personas con DM2 tienen niveles de estudios inferiores y menores ingresos que las personas no diabéticas, así como mayores tasas de desempleo (Figuerola y cols., 1992).

Por último señalar brevemente las cifras relacionadas con la diabetes gestacional, cuya prevalencia presenta unos datos variables debido a la población en que se estudia y los métodos utilizados. Según Carrera y cols. (2005) las cifras fluctúan entre el 1-14% y varía en las diferentes poblaciones de manera proporcional a la prevalencia de DM2 en la población general. La edad materna y el origen étnico influye en la aparición de este tipo de diabetes encontrando que en los países occidentales de población caucásica la frecuencia oscila entre el 2 y el 5% (Ben-Harroush, 2003), siendo mayor entre otras

poblaciones no caucásicas (Scott et al., 2002; American College of Obstetricians and Gynecologist, 2001). En España la prevalencia se sitúa entre el 3 y el 15%, algo superior a las encontradas en otros países (Ricart y cols., 1999; Jimenez Moleon, 2002; Gorgojo Martínez y cols., 2002).

#### 2.2.4. Variables psicológicas en la diabetes mellitus

Las reacciones psicológicas que los pacientes presentan ante la diabetes mellitus han sido objeto de interés desde principios del siglo XX. Las primeras investigaciones intentaban encontrar características específicas de los enfermos surgiendo entonces el mito de la personalidad diabética, suponiendo encontrar una personalidad concreta que implicara un riesgo alto de padecer esta enfermedad y que ofreciera, por lo tanto, la posibilidad de prevenirla. En este sentido uno de los constructos más estudiados en los últimos años ha sido el patrón de conducta tipo C, que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes y que en la mayoría de las investigaciones iniciales se relacionó con el desarrollo de procesos oncológicos (Morris y Greer, 1980; Temoshok, 1987; Bleiker, 1995) y posteriormente se amplió, siendo objeto de estudio en su relación con las enfermedades crónicas (Traue y Pennebaker, 1993) e investigándose después en la diabetes mellitus, según algunos estudios como los de Helz y Templeton (1990) o Anarte y cols. (2000). Sin embargo, dado que el intento de encontrar un patrón de personalidad concreta fracasó, el interés se centró entonces en la posibilidad de que se desarrollara una personalidad del diabético como consecuencia de la enfermedad (Portilla y cols., 1991) pudiendo concretar finalmente que los datos encontrados no muestran evidencias de que la personalidad del paciente diabético sea diferente a la del promedio, aunque algunos autores mantienen la asociación de ciertas características de personalidad con factores influyentes en el inicio, desarrollo y progresión de la diabetes.

El paciente diabético se enfrenta con un diagnóstico de cronicidad, por lo que debe de asumir que su enfermedad incurable va a condicionar de ahora en adelante su estilo de vida. Con frecuencia, los primeros problemas surgen con el diagnóstico ya que su aparición puede parecer incomprensible a los ojos de muchos de los sujetos y difícil de aceptar, de modo que el afrontamiento de la enfermedad es uno de los primeros esfuerzos que el paciente tiene que hacer a la hora de enfrentarse a la nueva situación (Pérez y cols., 2006). Muchas veces el diagnóstico de esta enfermedad se presenta de forma repentina, inesperada, por lo que puede ser que el paciente no encuentre una explicación razonable a esta situación ni una atribución tranquilizadora que le resuelva la duda de por qué de la noche a la mañana se ha convertido en un enfermo crónico. Aún siendo una enfermedad que ha gozado de mayor difusión social debido al aumento de su incidencia, prevalencia y por los problemas de salud asociados, el grado de desconocimiento sobre sus particularidades aún sigue siendo considerable. Según encontramos en Ledón (2008), en estas personas suele aparecer una serie de creencias que, o bien subestiman el impacto ("eso no es nada"), o bien maximiza su problemática centrándola en las complicaciones (ceguera, amputación de miembros inferiores e insuficiencia renal). Ante esta última opción, aparecen las respuestas de temor, falta de control y vulnerabilidad, paralizando en numerosas ocasiones el uso de recursos de afrontamiento de los pacientes. En muchas ocasiones, la información y el conocimiento sobre cómo afrontar y adaptarse a la enfermedad, el saber las formas más saludables de convivir con la diabetes y de lograr el control metabólico sistemático, están ausentes.

De este modo, el asumir esta nueva condición, puede traer un desequilibrio psicológico que se verá aumentado si el sujeto, además, siente la cronicidad como un estigma social. La vida del paciente cambia en numerosos aspectos: el paciente



insulinodependiente tiene que aprender, dominar y practicar sin error el sistema de tratamiento en el que la administración de insulina, la dieta y el ejercicio físico, no siguen patrones constantes si no que estarán sometidos al control y consideración del sujeto. Además, el sujeto debe de afrontar una serie de temores como son las hipoglucemias o las consecuencias de la enfermedad a largo plazo (Pérez y cols., 2006).

En ocasiones, los pacientes diabéticos señalan sentirse frustrados o hartos, superados por la situación, ya que hay que tener en cuenta que el tratamiento de la enfermedad es un proceso complejo y no agradable para quien lo sufre. También reconocen ante los especialistas sentir culpa o miedo, sentimientos que son causa en gran parte debida al afrontamiento de su enfermedad (Anderson y Rubin, 2003).

Siguiendo, de nuevo, el modelo de percepción de la enfermedad de Levetan et al. (1980) al igual que en otras enfermedades crónicas, los pacientes con diabetes mellitus reaccionan de diversas formas en función de la idea que hayan generado sobre su enfermedad, dependiendo de las creencias que tengan sobre su tratamiento y su control. En este sentido, el trabajo realizado por Letelier et al (2011) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, nos refiere la existencia de diversos tipos de pacientes conforme afrontan y entienden la enfermedad. Estos autores presentan tres grupos diferenciados: el Preocupado, el Desesperanzado y el Negador. Según los autores, estos grupos difieren no sólo en sus representaciones de la enfermedad sino también en sus reacciones emocionales, la adherencia al tratamiento, las creencias sobre la medicación, y otras variables. En el estudio, indican que el grupo de pacientes denominado como Preocupado, se caracteriza por una alta valoración de las consecuencias negativas de la enfermedad, su cronicidad y el carácter cíclico. No obstante, confía en el tratamiento y en su capacidad para atenuar los efectos derivados de la enfermedad. El grupo al que los autores se han referido como

Desesperanzado, presenta las mismas características que el anterior en cuanto a las consecuencias de la enfermedad y el carácter crónico de la misma, sin embargo, manifiesta una baja creencia sobre su capacidad y la de los tratamientos para controlar su enfermedad. Así mismo el grupo Negador, infravalora de las consecuencias que para su salud puede tener la enfermedad así como presenta una menor conciencia a cerca de la cronicidad de la diabetes y una disminución en la detección de los síntomas, presentando una percepción positiva de los efectos del tratamiento y cierta sensación de control sobre la enfermedad.

En este sentido, el conocimiento por parte de los familiares y de los profesionales de la salud de la forma en que los pacientes representan su enfermedad, es fundamental para plantear estrategias de afrontamiento y ayudar a los pacientes en su tratamiento. En la diabetes mellitus y en otras enfermedades de larga duración, es muy importante el cumplimiento de las indicaciones de los tratamientos para evitar graves consecuencias (Baecheler et al., 2002) y según Fowler & Baas (2006) el conocimiento de estas interpretaciones facilita en gran medida el desarrollo de intervenciones que presenten un mayor impacto en las conductas de autocuidado.

En la diabetes mellitus, además, algunas situaciones como pueden ser el adoptar nuevas rutinas o tener que aplicar dietas diferentes a las del resto de los comensales puede generar en el individuo sentimientos de aislamiento, por lo que una de las posibilidades es integrar el tratamiento del paciente poco a poco con el objetivo de alterar lo menos posible la vida familiar (Anderson y Rubin, 2003). En este sentido, la familia tiene un peso importante para el paciente diabético y su apoyo es fundamental para llevar a cabo un tratamiento, ya que muchos de ellos están tan habituados a sufrir críticas y reproches por sus esfuerzos para controlar personalmente su tratamiento, que son reacios a acudir a un especialista, presentan problemas para exponer abiertamente sus esfuerzos diarios en el

tratamiento, para expresar cualquier desacuerdo con el especialista o incluso en la comunicación de sus propias necesidades y valores respecto al tratamiento, aún siendo todos ellos, requisitos indispensables para tratar eficazmente la diabetes (Anderson y Rubin, 2003).

En numerosas ocasiones, el estrés, las situaciones conflictivas, las relaciones personales y las relaciones profesionales pueden afectar al paciente hasta el límite de constituir agentes de desequilibrio metabólico (Portilla y cols., 1991; Pérez y cols., 2006), por ello estos factores se presentan como componentes que alteran la esfera emocional del sujeto. De esta forma, los estudios han encontrado que los peores controles de glucosa se asocian con emociones como ansiedad, depresión, rabia, hostilidad, autoconciencia y vulnerabilidad (Pineda y cols., 2004). Estas alteraciones emocionales pueden mostrarse con diferentes grados de intensidad, llegando incluso a presentarse como síntomas psicopatológicos de ansiedad o niveles de depresión variable (Pineda y cols., 2004) y pudiendo aparecer tanto en el momento del diagnóstico, como a lo largo de la enfermedad (De Groot et al., 1999; Lustman et al., 2000).







### **3.- LA DEPRESIÓN.**

#### **3.1.- Introducción histórica.**

Las alteraciones afectivas se encuentran recogidas a lo largo de la historia a través de relatos, narraciones y descripciones de la literatura. De esta forma podemos encontrar por ejemplo, dentro de la *Ilíada* de Homero una de las primeras descripciones referidas a alteraciones del estado de ánimo, ésta es, en el canto IV, cuando Belerofonte deja intuir cierto estado de melancolía: *“Mas cuando ya también Belerofonte/ odioso se hizo a los dioses/ entonces en verdad/ andaba errante y solo por la llanura Alea/ concomiéndose el alma/ y evitando la huella de los hombres ”* (citado en Suárez González de Araujo, 2009).

En esta línea, también en la Biblia se hace mención a determinados estados de melancolía y tristeza, así refiere en el libro de Daniel (4-29) a que el Rey de Babilonia, Nabucodonosor, presenta irritabilidad, tristeza y pérdida de control, siendo etiquetado de licantrópía o señalado en el libro I de Samuel (14-23), del Antiguo Testamento sobre el rey Saúl, dice: *“ El espíritu de yahvé se retiró de Saúl y turbaba un mal espíritu mandado por Yahvé ”* (citado en García-Santalla y cols., 1989).

En los manuscritos y textos recogidos de la medicina griega encontramos, hacia el siglo IV a. C., el Corpus Hipocrático formado por más de medio centenar de obras médicas, entre los que se encuentra la colección que bajo el nombre de "Hipócrates" formó parte de la biblioteca de Alejandría a finales del siglo II a C. Dentro de estos escritos se recoge ya una conceptualización de la melancolía. Hipócrates (460 a.c – 370 a. c.) estableció la teoría de los cuatro humores, sustancias de las que está compuesto el cuerpo humano: son la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra y cada uno corresponde con uno de los cuatro elementos de la naturaleza, postulados por Empédocles (Günther y

Morgado, 2000). El dolor o las enfermedades aparecen cuando uno de los humores está en exceso o ausente; también, cuando uno de los humores se encuentra aislado y no se mezcla adecuadamente con los demás (Longrigg, 1993). De esta forma, el equilibrio entre los cuatro humores facilita la salud, y su desequilibrio es el precipitante de la enfermedad. Las hipótesis humoralísticas sobre la tristeza se centraban en la discrasia de los elementos fundamentalmente el bazo, supuesto responsable de la bilis negra. En este aspecto, señalan Colina y Jalón (2011) que si bien *thymos* hacía referencia a la apetencia y al principio vital, el efecto contrario suponía una inapetencia, una apatía, una *distimia* que supone un desequilibrio humoral persistente.

Las técnicas terapéuticas, se basaban en conseguir restablecer el equilibrio, para ello, centraban su terapéutica en el poder curativo de la naturaleza y en la confianza de que el propio cuerpo es capaz de reestablecer su equilibrio hacia la sanación (Garrison, 1966). Remedios físicos, plantas medicinales, enfriamientos o calentamientos mediante baños, aire y agua son utilizados en esta época para que el cuerpo y la mente puedan restablecer el desacuerdo interno. Dentro de su enfoque terapéutico, Hipócrates toma la alimentación como una parte importante para el reestablecimiento del equilibrio de los humores, suponiendo que los alimentos se corresponden con los elementos y las características de éstos y que dentro del organismo facilitan, a través de la linfa, la restauración del bienestar (Salas-Salvadó y cols., 2005).

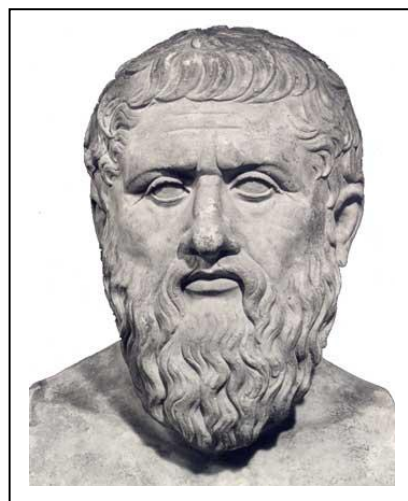
Sin embargo en cuanto al concepto de melancolía que aparece en el corpus Hipocráticum, existe, según Dominguez García (1991) una división de opiniones sobre la concepción de melancolía como entidad nosológica en sí. Para autores como Laín Entralgo o Jackson, la melancolía aparece como enfermedad mental en sí misma asociándose con sentimientos de desesperanza, insomnio o irritabilidad. Sin embargo desde la perspectiva



opuesta, en la que encontramos a Tellenbach o al mismo Dominguez García, Hipócrates distingue entre el tipo melancólico, como rasgo temperamental del sujeto y la melancolía que considera como aquella forma en la que el sujeto melancólico manifiesta la enfermedad, no teniendo la melancolía una entidad propia como enfermedad. Según este autor, no es posible encontrar en el Corpus Hipocráticum el concepto de melancolía como enfermedad (noso) si no como padecimiento (nosema) derivado de la mala mezcla de humores que constituirían finalmente una desviación en el temperamento de la persona.

Lo que sí se puede afirmar, bien como entidad nosológica propia, bien como forma de enfermar de un temperamento concreto, es que la melancolía forma parte de las alteraciones descritas ya en los documentos escritos en el siglo IV. a.C.

Platón, (427-347 a.C.) quien recibe la doctrina hipocrática basadas en los humores, comprende la melancolía como una falta de aceptación del estado de ánimo cotidiano que es generada por una alteración en el estado corporal y cercano en el tiempo. Aristóteles (384-



**Fig. 6. Busto de Platón**

322 a.C.) indica que la bilis negra podía, en su desmedida, provocar parálisis, rigideces, depresiones o estados de ansiedad. Además refiere a los melancólicos, como seres originales y extraordinarios, dado que tiene una disposición natural a la reflexión, pudiendo superar a otros en su capacidad artística, política o filosófica (Godina, 2002; Chinchilla Moreno, 2008).

Areteo de Capadocia, médico grecoromano cuya cronología, si bien puede situarse al rededor del siglo II o III d.c., ha sido bastante discutida, aceptándose que prosiblemente fuera contemporáneo de Galeno (Puigbó, 2002), escribe su "Obra Médica", una recopilación en 8 volúmenes de la historia natural de numerosos procesos psicopatológicos. En ella, se pueden encontrar dos bloques, el primero perteneciente a la descripción de causas y síntomas de las enfermedades y el segundo centrado en remedios y tratamientos para las mismas. En su libro número 3, dedicado a las afecciones crónicas, se encuentran referencias a la melancolía, la cual describe como enfermedad que afecta a sujetos abatidos, insensibles y en ocasiones faltos de un motivo vital a quienes, dice Pérez Molina (1998) en palabras de Areteo, *"les llega el calor de la bilis negra y su índole se inclina a la aridez, enferman de melancolía."* (Pérez Molina, 1998 pág. 110). Areteo de Capadocia, describe la melancolía y la manía como los dos extremos de un mismo continuo, como partes diferentes de una misma entidad nosológica y observó que la enfermedad aparecía de forma cíclica pese a las aparentes remisiones, y que la aparente desaparición de la sintomatología tras un episodio, no garantizaba la cura (Ávila, 1990). Si bien, indica Ackernecht (1993) el hecho de que aquí la melancolía pudiese desprenderse de la manía hace pensar en un predecesor del concepto actual de psicosis maniaco depresiva, hay que tomarlo con precaución ya que el concepto que Areteo presenta de estas enfermedades es diferente, siendo la manía una forma agitada de la enfermedad mental y la melancolía la forma tranquila de la misma.

Posteriormente, Sorano de Éfeso (100-138 d.C.) escribe dos grandes obras sobre las enfermedades agudas y sobre las enfermedades crónicas, en las que abarca la naturaleza y el tratamiento de la melancolía y de la manía. Sorano pertenece a la escuela metódica, para quienes el trastorno era producto de un exceso en la contracción o relajación de los tejidos, definiendo la enfermedad como una "disposición preternatural" que generaba la perturbación de las diferentes actividades naturales del organismo (Chinchilla Moreno, 2008). Señala que puede ser una afectación más habitual en varones jóvenes y cuya

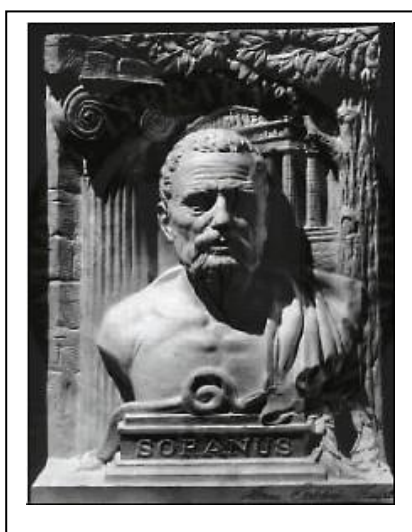


Fig. 7. Sorano de Éfeso

etiología pudiera encontrarse en trastornos digestivos, drogas, estados de miedo o de preocupaciones. Describe la sintomatología de la melancolía como estados de decaimiento, taciturnidad, deseo de morir, desconfianza, llanto, musitación y en algunas ocasiones episodios de jovialidad ( Ackernecht, 1993).

Galeno de Pérgamo (131–201 d. C) describe la melancolía como una alteración crónica que se caracterizada por temerosidad, suspicacia, misantropía y pérdida de energía vital, entre otros síntomas (Rivera Peñaranda, 2009). Se centra en la teoría hipocrática de los cuatro humores, en la que la mezcla adecuada de estos, *eucrasia*, genera un equilibrio vital, la salud y por tanto la *diskrasia*, o desequilibrio, provoca la enfermedad, sin embargo, para Galeno, el predominio de uno u otro humor depende de distintos factores, no sólo de la proporción que poseamos por naturaleza, entre ellos, la edad definiendo que en la infancia predomina la sangre, en la juventud la bilis amarilla, en la madurez la bilis negra y en la vejez la flema (Martínez Lorca, 2005) y da más énfasis que Hipócrates al conocimiento del

enfermo en temperamento, régimen de vida, época del año o las condiciones ambientales, así como al uso de medicamentos en el tratamiento de las enfermedades.

Entre los siglos V y XV, que dura aproximadamente la Edad Media, la enfermedad mental vuelve a ser interpretada como actos derivados del demonio, de la magia o producto de acciones sobrenaturales siendo especialmente la medicina árabe la que mantenía la aceptación social de la condición médica.

En ésta época, los médicos musulmanes del próximo oriente y Persia se referían a la melancolía, como la enfermedad cuya presentación bien puede ser bajo la forma de tristeza, como bien bajo la aparición de episodios de manía, refiriendo que ambas manifestaciones pertenecían a una alienación del espíritu generado por la alteración en la bilis negra.



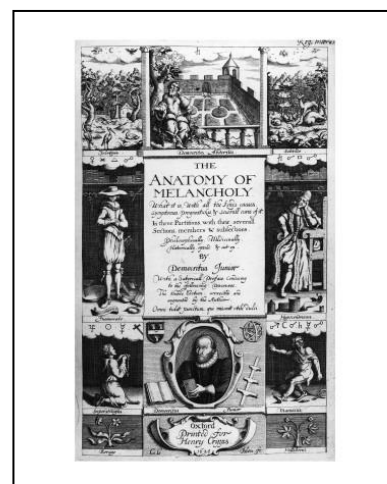
**Fig. 8. Sello grabado de Avicena (Suecia, 1951)**

Avicena (980-1037), médico y filósofo islámico originario de Persia, escribe en 1012 el “Canon de la Medicina”, un compendio de los conocimientos existentes en la época unificando los saberes grecorromanos con los conocimientos prácticos de Persia y la India, que forman un total de 5 volúmenes. En la sección destinada a las “enfermedades de la cabeza”, el autor considera la existencia de cuatro tipos de melancolía (sanguínea, colérica, flemática y natural) y remarca la existencia de un estado similar a la melancolía, a la que denomina el mal del amor (Micheli-Serna, 2002). Ishq ibn Amram, en la misma época describe de forma detallada los signos vegetativos de la melancolía, cuya caracterización es coincidente con la actual sintomatología de los episodios de depresión grave (Chinchilla Moreno, 2008).

Alejandro de Tralles (525-605 d.C) médico griego que durante la época bizantina escribe su obra *Medici libri duodecim* (“Doce libros sobre el arte médico”), un conjunto de 11 volúmenes sobre las enfermedades internas y su terapéutica. En el primer libro “Enfermedades de la cabeza y del cerebro, frenitis, epilepsia y melancolía” estudia las enfermedades mentales y dedica una parte a la melancolía, diferenciando además tres formas etiológicas diferentes: el exceso de sangre, la sangre ocreo biliosa y la bilis negra. Refiere no aparecer siempre la enfermedad acompañada de tristeza o temor, si no que pueden ser síntomas como la hilaridad, la ira o la ansiedad lo que acompañen al cuadro (Frutos-González y cols., 2010; Vallejo, 2011).

Durante el Renacimiento, se puede presenciar una actitud ambivalente, manteniéndose por un lado la creencia mágica del origen de la enfermedad mental y por otro, el comienzo de una creciente visión racional de la enfermedad mental, liberada de las condiciones morales y consecuente a desequilibrios y trastornos. Esta visión facilita una actitud médica y más humana ante estos problemas.

André Du Laurens (1558-1609) médico francés, escribe en 1597 *Discours auquel est traicé des maladies mélancholiques* (“De las enfermedades melancólicas”), la primera monografía sobre la enfermedad melancólica en lengua francesa, a raíz de su relación como médico particular de la duquesa de Uzés, quien padecía este trastorno (Colina y Jalón, 2011).



**Fig. 9. Ejemplar de The Anatomy of Melancholy**

En *The Anatomy of Melancholy* (“Anatomía de la Melancolía”), Robert Burton (1576-1639) establece una perspectiva mucho más psicológica y antropológica de la enfermedad de lo que hasta el momento se había propuesto, aunque su condición de clérigo

y sus creencias en algunos aspectos supersticiosos, como la astrología, se hacen presentes en su obra. En el apartado de las "enfermedades de la cabeza", señala que son tantas como regiones presenta la cabeza y que es de resaltar la melancolía como afección de suma importancia. Para él la melancolía se considera como un tipo de debilidad mental originada por una alteración en la sustancia del cerebro, cuyo origen puede ser encontrado en diversos factores (divinidad, espíritus o astros, vejez y herencia o aspectos como la mala alimentación, el aire viciado, las pasiones de la mente o el miedo y la vergüenza). Así mismo, señala a los sujetos como poseedores de hosco carácter, aspecto tétrico, buena memoria y perspicacia, temeroso, apasionados y tímidos, dicen suelen poseer buen apetito y un sueño alterado, pudiendo pasar noches en vela (Burton, 1947).

Durante el Barroco se estabiliza la condición médica en la concepción de la enfermedad mental. Thomas Willis (1621- 1675) divide la melancolía en universal, para la cual el sujeto presenta delirios generalizados, y particular, para quienes las ideas erróneas se presentaban tan sólo en algún campo determinado, permaneciendo intacto el resto de la percepción de la realidad.

Thomas Sydenham (1624-1689) uno de los primeros impulsores de los sistemas de clasificación de las enfermedades y de la observación como base de la ciencia médica, divide las enfermedades en agudas y crónicas. Las enfermedades crónicas son aquellas cuyo origen se establece en los hábitos de vida, mientras que las agudas, dependían de otros factores como el medio ambiente, la existencia de un humor aumentado en la sangre o la constitución del sujeto. Este autor mantiene la teoría humoralista, según indica Chinchilla Moreno (2008), continuando la bilis negra como uno de los factores principales en el origen de la melancolía.

La introducción de la enfermedad mental en los tratados médicos favorece la aceptación de estas como patologías médicas y con ello comienzan los intentos por clasificar la melancolía dentro de una teoría o un sistema clasificatorio. Naiper (1589-1634) para quien la enfermedad mental era producto de situaciones cotidianas, como problemas maritales, discusiones con los vecinos o problemas económicos (Bonzol, 2009), señaló que de entre las formas con que melancolía se hacía presente aquellas que cursaban con algún tipo de delirio, eran menos comunes las que acontecían sin delirio y describió síntomas de parapatía anancástica (o similar al trastorno obsesivo compulsivo actual) en algunos de los pacientes. En la misma línea Charles-Lorry (1726-1783) quien continúa atribuyendo un origen humoral a la melancolía, la considera como algo opuesto a la manía, refiriéndose en ocasiones en ocasiones a la manía melancolía (Stein et al., 2006; Chinchilla Moreno, 2008).

El pensamiento humanista que caracteriza la época de la Ilustración, se observa también en el ámbito de la medicina, optando por una concepción más humana de la enfermedad con ello, la mejora y la reestructuración de los tratamientos y las instituciones. William Battie (1703-1726), en 1758 publica su obra *A treatise of madness* (“Tratado sobre la locura”) a cerca del tratamiento de las enfermedades mentales e inicia un nuevo movimiento, el *moral management* (tratamiento moral), que elimina las medidas de fuerza en los asilos y facilita un trato mas humanitario a los enfermos y que se extiende por toda Europa. Por esta misma época, en España Andrés Piquer (1711-1792) hizo una de las principales aportaciones de los inicios del siglo XVIII al describir de forma detallada la enfermedad maniaco-depresiva del rey Fernando VI (Vallejo, 2011).

Phillipe Pinel (1745-826) en Francia, describe cuatro formas en la manifestación de las enfermedades mentales: la manía, la melancolía, la idiocia y la demencia, además

enfatisa la observación directa, la clasificación y el empiricismo, siendo uno de los personajes fundamentales en el origen de la psiquiatría moderna. En su obra, el *Traité médicophilosophique sur l'alienation mental ou la manie* (“Tratado médicofilosófico sobre la alienación mental o la manía”) en 1801 presenta el término manía como sinónimo de locura. Pinel considera la melancolía como una enajenación mental parcial, en la que aún existiendo ideas alteradas relacionadas fundamentalmente con la tristeza, el resto de la conciencia se mantenía sin alteraciones. De forma opuesta, la manía presentaba ideas alteradas de forma generalizada. El melancólico se caracterizaba por ser triste y temeroso y su tratamiento, al igual que en los movimientos de la época, sería de carácter moral (Balbo, 1995; Chinchilla Moreno, 2008).



Fig. 10. J.E. Esquirol

En esta época aparecen dos escuelas muy importantes que impulsan la psiquiatría como ciencia desde enfoques diferentes y cuyas aportaciones principales convergen en el interés por realizar clasificaciones nosográficas y nosotáxicas y el método anatomoclínico como modelo etiológico (Chinchilla Moreno, 2008).

a. La Escuela Francesa.

Jeanne Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), en Charenton, a través de su obra, escrita en 1838 y titulada *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico legal* (“Las enfermedades consideradas a través de rapport médico, higiénico y médico légal”) considera la melancolía como una forma parcial de locura, rechazando esta denominación dada su asociación de forma común con la bilis negra y a estados de tristeza variados, tildando



además este concepto de utilizado por moralistas y poetas (Casco, 1995). En su lugar, propone el modelo de las “Monomanías” que se diferencian de la manía en que en que estas no producen una perturbación global del sujeto, sino que afectan sólo a una de las facultades principales (inteligencia, sensibilidad o voluntad), dándole un peso fundamental a las pasiones como provocadoras de la enfermedad y acuñando el término Lipemanía para aquella monomanía de carácter exclusivamente generada por la pasión triste o depresiva.

En 1854, los discípulos de Esquirol son los iniciadores de las clasificaciones y las descripciones utilizadas en la actualidad, como los episodios bipolares en los que describen la presencia de estados de manía junto con episodios de fuerte melancolía en los mismos individuos. Jean Pierre Falret (1794-1870) en 1851, describió una "forma circular de las enfermedad mental" bajo la presencia de una alternancia entre episodios de manía y de melancolía. En 1854, acuña el término de *Folie circulaire* (“Locura circular”) a esta nueva condición, encontrando una mayor presencia hereditaria, más común en el género femenino, de inicio repentino y evolución favorable. En ese mismo año, Jules Baillager (1809-1890) médico francés, formado a la par que Esquirol, describe en su obra *Folieu á double* (“la locura de doble forma”), originando una gran polémica al considerar que esta patología caracterizada por periodos alternantes de manía y de melancolía, debería tener entidad nosológica propia.

b. La Escuela Alemana.

La llegada del positivismo, genera un giro hacia la postura naturalista en el enfoque de la enfermedad mental, dejando de lado el carácter romántico y filosófico que dominaba la época. Wilhelm Griesinger (1817-1868),

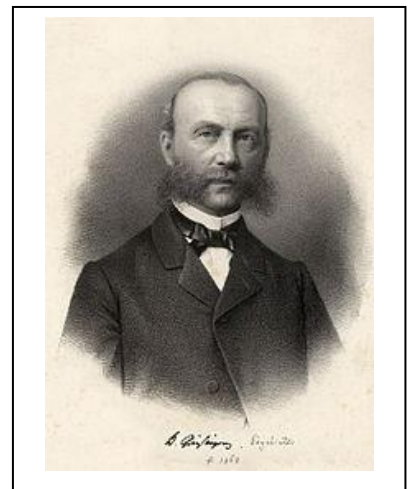


Fig. 11. W. Griesinger

psiquiatra alemán de fuerte corriente somaticista, fue muy criticado en su época debido a

su posición en cuanto al concepto de enfermedad mental. Para él, las preocupaciones presentes en los psiquiatras de la época, relacionadas en su mayoría con las características de la enfermedad mental y cuestiones sobre la institucionalización, son en su mayoría obsoletas en tanto que corresponden a un momento en el que el desconocimiento de la naturaleza de la enfermedad mental era aún materia de discusión. Según el autor, en el momento en que aparecen las bases neurológicas relacionadas con la patología cerebral, los esfuerzos de la psiquiatría deben enfocarse al estudio de éstas y de este modo, equiparar la terapéutica a la práctica médica (Max, 1970). Para Griesinger, la melancolía es la parte primera del desarrollo de numerosas patologías mentales (Balbo, 1995) si bien en su obra principal *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende* (“Patología y terapéutica de las enfermedades mentales”) escrita en 1845, diferencia los cuadros melancólicos: la hiponcondría, centrada en la sensación de enfermedad corporal, la melancolía como tal, que se caracterizaba por un estado de ánimo bajo u opresivo, la melancolía con estupor, la melancolía con propensión a la destrucción y la manía y melancolía con sobreexcitación permanente de la voluntad. Gracias a este autor, los estados de melancolía se establecen como alteraciones afectivas (Chinchilla Moreno, 2008).

En estos momentos aparece un nuevo espíritu clínico que se centra en la enfermedad mental como proceso y no sólo como un conjunto de síntomas y los psiquiatras comienzan una búsqueda de asociaciones entre las localizaciones cerebrales y las diversas patologías.

Terminando el siglo XIX, la variedad presente de sistemas clasificatorios, produce en la práctica una gran confusión, por lo que es necesario encontrar un nuevo sistema. Emil Kraepelin (1856-1926) presenta en su obra *Lehrbuch* (Libro de Texto) en 1883 un nuevo sistema nosotáxico que servirá como base para las actuales sistemas de clasificación y que

se centra en un carácter único, la presencia o no de deterioro de la personalidad. Diferencia con ello las "psicosis endógenas", que categoriza en dos grupos: aquellas con deterioro en el final del cuadro (la demetia praecox) y las que, como la manía, melancolía o locura circular, no producían deterioro a largo plazo. En la 6ª edición de su obra, define el concepto de "locura maniaco-depresiva" que clasifica como endógena y que se compone de una alteración en el estado de ánimo, la presencia de alteraciones en el pensamiento y problemas en el campo de la psicomotricidad. Además su presencia se conforma bajo una forma cíclica, con periodos de remisión. Este autor no compratió la idea previa existente sobre la división nosológica de locura maniaco-depresiva y formas monopulares, incluyendo la manía y la melancolía aisladas junto a la alternancia de ambas (Balbo, 1995; Chinchilla Moreno, 2008).

En 1946, Karl Jaspers diferencia entre reacción vivencial normal caracterizada por una respuesta adecuada al suceso originario y las anormales, cuando el sujeto reacciona de forma desproporcionada ante un acontecimiento. Esta diferencia ayuda a distinguir la depresión endógena de la depresión reactiva y alcanza su punto álgido gracias a Kurt Schneider (1887-1967) que define como endógena toda aquella sintomatología depresiva que se presenta sin motivo aparente, que se asienta sobre sentimientos vitales desde el interior de cada uno, mientras que la reactiva se dirige a sentimientos que se modifican con la experiencia (Barcia y Moreno, 1999).

La aportación fenomenológica, representada por Franz Brentano (1878-1917) y Edmund Husserl (1859-1938) concibe la melancolía como una experiencia o serie de vivencias que aparece a consecuencia un sufrimiento esencial, nuclear o vital.

En 1915, Freud escribe *Trauer und Melancholie* ("Duelo y Melancolía") y sugiere que los estados melancólicos son equivalentes los sentimientos de duelo, producidas por la

pérdida real o imaginaria del objeto deseado, entendiendo el surgimiento de los estados de aflicción a partir de los sentimientos primitivos de amor-hostilidad que se generan en los primeros años de vida. Según Cobo Gómez (2005) las corrientes psicodinámicas centran su atención en la psicogénesis de los trastornos mentales dejando el concepto de endógeno relegado a segundo plano. Los posteriores estudios se centran cada vez más en las denominadas neurosis, patologías caracterizadas por la presencia de tristeza como respuesta a los acontecimientos y la historia del sujeto.

Tras la segunda Guerra Mundial, la división entre depresión reactiva y endógena entra en conflicto y la categorización queda en manos de dos escuelas por un lado el modelo dimensional de la escuela de Maudsley, menos científica que la categorial y que enfatiza aspectos como la comorbilidad en decremento de los síntomas y su jerarquización, y por el otro la escuela de Newcastle que defendió el sistema kraepeliniano, caracterizado por diferencias cualitativas entre los distintos tipos de depresión y que forman la base de los actuales sistemas de clasificación (Dominguez Belloso y cols., 2009).

En 1970, Eysenck genera una estructura formada por dos ejes de coordenadas, en una de ellas, se encuentra la variable reactiva mientras que en el otro eje se establece la endógena. En las intersecciones entre ambas dimensiones se encuentran la composición de diversos cuadros, desde una depresión endógena pura (en la que no existe variable reactiva), una depresión incierta, una depresión endogenorreactiva o una depresión reactiva pura.

Posteriormente, en 1976 Spitzer, Endicott y Robins crean los RDC (Criterios de Investigación Diagnóstica) que delimitan una sintomatología fundamental y otra asociada y añaden criterios de exclusión para cada categoría, eliminando algunos conceptos y añadiendo el término de trastornos, para referirse a las enfermedades mentales.

Poco tiempo después ante la necesidad de aunar los conocimientos y de utilizar un mismo lenguaje entre las diferentes escuelas que facilitara la comunicación, se van a ir estableciendo los actuales sistemas de clasificación, por un lado la CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades) sistema presentado por la Organización Mundial de la Salud y por la otra el DSM (Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales) propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría.

En 1980, aparece el DSM- III y siete años después la versión revisada ( DSM- III-TR) que subdivide los trastornos depresivos en trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno depresivo no clasificado y cuyo concepto central desde la aparición de estos textos es el de episodio, el cual determina el diagnóstico del trastorno. En el DSM-IV, se mantiene una estructura similar a la de su predecesor, con variantes en las categorías destinadas fundamentalmente al diagnóstico de los trastornos bipolares y en la actualidad, tanto la CIE-10 (1992) como el DSM IV- TR (2000) presentan una estructura similar en las características de los trastornos afectivos, con pequeñas variaciones.

### **3.2.- Definición y clasificación de la depresión**

Actualmente se considera la depresión como un trastorno del estado de ánimo cuya principal característica, según el DSM-IV-TR (2000), es la presencia de un estado de ánimo deprimido (caracterizado por tristeza, melancolía, desánimo o abatimiento) o anhedonia y pérdida de interés por casi todas las actividades. Así mismo, suele estar asociada con otros síntomas, como modificaciones en el apetito, variaciones en el peso, alteraciones del sueño, sentimientos inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades en la concentración o ideas de muerte e intentos autolíticos.

De esta forma, el cuadro que puede presentar una persona deprimida puede ser variado, y siguiendo a Vázquez y Sanz (2008) se pueden diferenciar cinco grandes núcleos de síntomas:

- Los síntomas anímicos: donde la tristeza es el síntoma predominante. En ocasiones, el estado de ánimo puede estar en su lugar marcado por la presencia de una constante irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. La tristeza puede apreciarse en estos pacientes ya que físicamente tienden a estar decaídos, con llanto fácil y refieren sentirse hundidos o desesperados.
- Los síntomas motivacionales y conductuales: existe un estado general de abatimiento, inhibición, apatía, desgana, falta de motivación, indiferencia y anhedonia. La actividad diaria desde el inicio del día, puede transformarse en complejas tareas, pesadas y casi imposibles de llevar a cabo, al igual que las decisiones, se convierten en largos quebraderos de cabeza, con numerosos bloqueos e incapacidad hasta de decidir aspectos sencillos de la vida diaria. El estado del sujeto puede verse caracterizado también en los casos donde la patología es más grave, por un enlentecimiento psicomotor, que se caracteriza por movimientos lentos, bradipsiquia y bradilalia.
- Los síntomas cognitivos: la memoria, la atención y la capacidad de concentración se ve mermada, incapacitando en ocasiones al paciente en el desempeño de sus tareas cotidianas. Además los pensamientos de la persona se ven también afectados. Presentando una percepción distorsionada de sí mismo, el mundo y su futuro, así como sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima.
- Los síntomas físicos: se caracterizan fundamentalmente por problemas de sueño, normalmente insomnio aunque puede darse la presencia de hipersomnia, fatiga, pérdida

de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual y molestias físicas, como dolores, náuseas, etc.

- Síntomas interpersonales: se observan ante un marcado desinterés por las personas del entorno y una reducción en las actividades sociales.

A través de la historia, la clasificación de los trastornos del estado de ánimo ha tenido muchas variaciones en cuanto a su clasificación y los binomios han sido comunes en ellas. En esta línea y siguiendo a Jarne Esparcia y cols. (2006) podemos diferenciar:

*a) Depresiones psicóticas/neuróticas.*

Se denominaba psicótica a las depresiones de origen endógeno que cursaban con alteraciones perceptivas y delirios, frente a las neuróticas asociadas con una menor gravedad y consecuentes a trastornos de la personalidad. En la actualidad, aunque puede hacerse referencia al término psicótico cuando aparecen alucinaciones, esta dualidad no se conserva.

*b) Depresión endógena/reactiva.*

La depresión endógena ha hecho referencia en un inicio a un tipo de depresión asociada a un tipo de personalidad, sin factores ambientales desencadenantes, con una tristeza profunda, con sintomatología de carácter somático y de buena respuesta al tratamiento en contraposición a la depresión reactiva donde aparecen agentes desencadenantes bien ambientales, bien de origen psíquico y su respuesta al tratamiento es menor. Actualmente, aunque estos conceptos han quedado obsoletos, aún en ocasiones se hace referencia al término endógeno para referirse a la predominancia de sintomatología vegetativa frente a los síntomas meramente afectivos o cognitivos.

*c) Depresión unipolar/bipolar.*

La presencia de estados únicamente de la esfera depresiva, se denominan unipolares, frente a aquellos sujetos que han presentado en su historia algún episodio de manía. En la actualidad el concepto bipolar sigue en activo, si bien abandona el término depresión, por el de trastorno.

Las clasificaciones utilizadas en la actualidad, siguen los patrones de los dos principales manuales de clasificación de enfermedades: El DSM-IV-Tr (2000) creado por Asociación Americana de Psiquiatría y la CIE- 10 (1990) perteneciente a la Organización Mundial de la salud.

**Tabla 4.: Diferencias entre DSM IV-TR y CIE-10.**

DSM VI-TR	CIE-10
Trastorno depresivo mayor	Episodios depresivos
Trastorno distímico	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno depresivo no esp.	Episodio maniaco
Trastorno bipolar tipo I	Trastorno bipolar
Trastorno bipolar II	Trastorno del humor persistente:
Trastorno ciclotímico	Trastorno ciclotímico
Trastonor bipolar no esp	Trastorno distímico
Trastorno de ánimo por enfermedad médica	Otros trastornos del humor
Trastorno de ánimo por sustancias	Trastornos del humor sin especificar
Trastorno de ánimo sin especificar	

El DSM-IV-TR, denomina a esta grupo trastornos del estado de ánimo y los clasifica dentro de este apartado en: Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico, Trastorno depresivo no especificado, Trastorno bipolar I, Trastorno bipolar II, Trastorno ciclotímico, Trastorno bipolar no especificado, Trastorno del estado de ánimo a causa de una



enfermedad médica, Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y trastorno de ánimo no especificado. Este Manual hace una distinción entre el término episodio, referente a la sintomatología actual del sujeto (Tabla 5) y el de trastorno, que hace referencia a la evolución del paciente, cuando este presenta dos o más episodios, podemos hablar de trastorno, y no sólo a la sintomatología presente en el momento.

**Tabla 5.: Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (DSMIV-Tr)**

- 
- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representa un cambio respecto a la funcionalidad previa; al menos uno de los síntomas es 1) depresión del estado de ánimo o 2) pérdida del interés o placer.

**Nota:** no incluir síntomas que se deban claramente a un tr. Médico general, o bien a delirios o alucinaciones con estado de ánimo incongruente.

- 1.- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. En niños puede ser un estado de ánimo irritable.
  - 2.- Interés o placer marcadamente disminuido por todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
  - 3.- Pérdida de peso significativa sin seguir dieta o aumento de peso (p.ej, cambio de peso corporal en más del 5% en un mes) o disminución o aumento del apetito diario.
  - 4.- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
  - 5.- Agitación o retraso psicomotor casi a diario.
  - 6.- Cansancio o pérdida de energía casi a diario
  - 7.- Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
  - 8.- Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, o indecisión, casi a diario.
  - 9.- Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer un suicidio.
- 

La CIE-10, por su parte, denomina a este conjunto, trastornos del humor, y los clasifica en: Episodios depresivos, Trastorno depresivo recurrente, Episodio maniaco, Trastorno bipolar, Trastorno del humor persistente: trastorno distímico y trastorno ciclotímico, Otros trastornos del humor y Trastornos del humor sin especificación. El episodio depresivo mayor (Tabla 6) es la base para la especificación de los trastornos depresivos, que bien puede considerarse como depresivo episodio único, si sólo ha existido

un episodio depresivo, o bien de trastorno depresivo mayor, si se dan dos o más episodios depresivos, así mismo los episodios últimos se tildan de graves, moderados o leves según la sintomatología y se especifica así mismo la presencia o no de síntomas psicóticos.

**Tabla 6.: Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (CIE-10)**

---

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome somático

---

Es necesario conocer cuáles son las características clínicas de la depresión y sus diferentes expresiones, así como la necesidad de diferenciar el trastorno depresivo de otros similares, como pueden ser el trastorno distímico, aquel que es secundario a enfermedad o consumo de sustancias y la presencia de trastornos bipolares.

### **3.3.- Epidemiología de la depresión**

La importancia del reconocimiento de este trastorno viene ligada a su alta prevalencia. En este sentido, según datos del estudio ESEMeD, estudio epidemiológico

llevado a cabo en diferentes países europeos entre los que se encuentra España, la prevalencia de depresión en el último año se situó en el 4% en nuestro país, siendo la prevalencia vida de un 10.5% (Haro et al., 2006). Resultados similares fueron encontrados en este mismo estudio para el conjunto de la población europea (Cano Vindel y cols., 2012).

Uno de los problemas fundamentales que presenta esta patología, es la recurrencia (Boland & Keller, 2002; Reifler, 2006), ya que se estima que quienes padecen un episodio depresivo, tienen mayores posibilidades de desarrollar otro a lo largo de la vida. Según Gonzalez Gutierrez (2010) el problema amanece debido a que con la aparición de cada nuevo episodio, el problema se agrava y las funciones del sujeto en el área psicosocial se ven mermadas, aumentando las necesidades asistenciales con un mayor número de consultas médicas, tratamientos y aumentando el sentimiento de indefensión del sujeto.

La depresión es la cuarta causa más importante de incapacidad (Fiegel, Epstein & Mc Donald, 1998) y una de las enfermedades más costosas.

Los factores de riesgo y frecuencia en la población, la depresión se presenta dos veces más en mujeres que en varones (Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer, 2000; Yudofsky y cols., 2004), aunque los motivos por los que se encuentra esta diferencia entre ambos sexos, aún son desconocidos. Así mismo existe una mayor incidencia entre los adultos jóvenes, concretamente en las edades comprendidas entre los 18 y los 44 años y es más común en individuos divorciados o separados frente a los casados, sobretodo en varones. Según Valladrés y cols. (2009) la depresión es en España la segunda causa de incapacidad laboral transitoria y su prevalencia en mujeres (14,47%) dobla a la de los varones (6,29%). No obstante, el grupo de mayor riesgo, lo componen las personas de baja por enfermedad o maternal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad. Además, haber estado

casado y vivir en grandes ciudades son factores que también parecen estar asociados al riesgo de depresión en España (Haro y cols., 2006).

De la misma forma, es importante tener en cuenta que la depresión está asociada de forma significativa con niveles más bajos de salud percibidos por la población general, además de poseer una fuerte carga social derivada del sufrimiento que produce, tanto en quien la padece como en los que rodean. Si además la depresión viene acompañada de alguna enfermedad somática, el malestar es aún mayor y la combinación de ambas patologías no es extraña ente la población llegando en ocasiones hasta a acompañar al 50% de los pacientes y siendo ésta originada por la asunción de una enfermedad en cerca del 20% de los casos (Rivera Peñaranda, 2009).

### **3.4.- Modelos teóricos de depresión.**

El origen de la depresión como síndrome clínico, puede entenderse de diversas formas, dependiendo del modelo a partir del cual se explique el proceso que lleva al sujeto a presentar la sintomatología. Bien desde la perspectiva médica o biológica, hasta los modelos psicológicos o sociológicos del problema, las teorías sobre la etiología de la depresión son múltiples y muy variadas. La importancia que tiene el conocimiento sobre las hipótesis del origen de la enfermedad, ha dado lugar a múltiples investigaciones, estudios y teorías, sin embargo, la amplitud de este apartado genera un hándicap para extendernos en el modo de tratar el tema, por los que se realizará un resumen de los principales modelos que se utilizan para explicar la etiología de la depresión desde diferentes perspectivas.

#### **3.4.1.- La depresión desde el Modelo Biomédico.**

Los modelos biomédicos se han llevado de forma paralela con los intentos de explicar el funcionamiento de los psicofármacos, por ello son modelos fundamentalmente

neuroquímicos, con énfasis en la transmisión entre neuronas a través de los neurotransmisores (Jarvis y cols., 2005) y en sus alteraciones en la transmisión o en el número de neurotransmisores existentes en los espacios sinápticos de las neuronas. Así, podemos destacar brevemente las siguientes hipótesis:

*A.- La Hipótesis noradrenérgica.*

Esta hipótesis explica el origen de la depresión debida a una deficiencia funcional de noradrenalina en las sinapsis neuronales. En base a esto, los primeros antidepresivos que salieron a la luz, los llamados IMAO, actuaban impidiendo la degradación de este neurotransmisor. Posteriormente, otro grupo de antidepresivos, los tricíclicos, actuaban de forma similar, impidiendo que las moléculas del neurotransmisor fueran capturadas por la neurona que las libera en el espacio presináptico, quedando por tanto durante más tiempo en el espacio entre neuronas y por lo tanto se produce una facilitación de la transmisión de la señal neuronal. Otras investigaciones centradas en la privación de sueño REM parece que facilitan la sensibilidad de los receptores a la noradrenalina, presentando esta disminución de la fase del sueño, efectos antidepresivos en los sujetos (Cuenca y cols., 2002; Zandio y cols., 2002).

*B.- La Hipótesis serotoninérgica.*

La hipótesis serotoninérgica surge de la existencia de pacientes aquejados de depresión a quienes se les encontraron tasas muy bajas de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y quienes al recuperarse, volvían a reestablecer los niveles normales de neurotransmisor, dando lugar a múltiples estudios en investigación de la función de la serotonina en estos pacientes. La “hipótesis permisiva de la depresión” plantea que la deficiencia en la funcionalidad de la serotonina, favorece la aparición de sintomatología depresiva, siempre y cuando también a su vez exista un déficit

catecolaminérgico, mientras que si el funcionamiento catecolaminérgico se encuentra normalizado, la patología posible de presentarse es una alteración maníaca o hipomaníaca.

*C.- La Hipótesis Endocrinológica.*

Se ha observado que en los cuadros depresivos existe una alteración del eje Hipotálamo- hipofisario- adrenal (HPA), normalmente inhibido por la noradrenalina, en la que la hormona hipotalámica liberadora de corticotropina (CRH) cuya función es estimular en la corteza suprarrenal la producción de corticoides, entre ellos el cortisol, se haya alterado de forma elevada (Cassano y Argibay, 2010). En los episodios depresivos se ha observado un incremento del cortisol a lo largo del día, sin las fluctuaciones circadianas características de las personas que no padecen esta patología.

3.4.2.- La depresión desde los Modelos Psicológicos.

*A.- Los Modelos psicodinámicos.*

Los primeros modelos psicológicos sobre la etiología de la depresión, vienen de la mano del psicoanálisis.

Karl Abraham (1877-1925) Psicoanalista alemán y uno de los primeros discípulos de S. Freud, en su obra "*Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände*" ("Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maníaco-depresiva y condiciones asociadas") en 1911, explica la depresión como una fuerte tendencia a experimentar placer por medio de la gratificación oral. Relata que, cuando el niño presenta repetidas frustraciones con los objetos libidinales, se produce una asociación entre éstos y determinados impulsos hostiles. Cuando en la vida adulta, el sujeto presencia un desengaño amoroso, reaviva la cólera hacia el mismo objeto amado, pero al estar fijado en la etapa oral, se intenta destruir al objeto, incorporándolo, y dirigiendo la ira hacia el propio yo. Escribe en su libro que la depresión aparece cuando el

individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales, cuando no puede sentirse amado, ni es capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional (Abraham, 1911 citado en Ávila, 1990). El autor, insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, centrándose en la profunda ambivalencia de los dos hacia los demás. La búsqueda de amor quedaba bloqueada por sentimientos de odio, a su vez estaban reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad, que vendría seguida de una posterior proyección: "Las personas no me aman, me odian". La culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes. Por ello el sujeto coloca el goce en los autorreproches (Ávila, 1990).

Sigmund Freud (1856–1939) en su trabajo *Trauer und Melancholie* ("Duelo y Melancolía") diferencia las reacciones depresivas normales (Melancolía) de aquellas producidas por la pérdida de un ser querido (Duelo). Ambas serían respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, en las que se produciría tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, incapacidad de amar e inhibición de la actividad. Además, y en diferencia con el duelo, la melancolía vendría acompañada de autorreproches y pérdida de autoestima, así como la incapacidad del sujeto de reconocer la naturaleza de la pérdida. En cuanto a la etiología, este autor comparte lo esencial de su formulación con el anterior, aunque enfatiza, debido a su concepción sobre la pérdida de autoestima, la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto, siendo la depresión conceptualizada en sus últimos escritos como la existencia de un superyo excesivamente exigente (Vázquez y Sanz, 1991).

En las teorías psicoanalíticas más recientes, la conceptualización derivada de los modelos clásicos de depresión se acerca un poco más a los modelos cognitivos, planteando que la existencia de pérdidas tempranas, vuelven a los sujetos muy sensibles a las

sensaciones de abandono y pueden presentar problemas en la edad adulta al no haber superado estas frustraciones asociadas a rechazos, pérdidas o abandonos.

*B.- Los Modelos conductuales.*

Estos modelos tienen como base el paradigma del condicionamiento operante, donde la depresión es debida a una disminución de la frecuencia de las conductas.

Ferster, en 1973, plantea que la depresión es el resultado de una disminución de las conductas reforzadas positivamente y un incremento de aquellas que suponen un comportamiento de evitación o escape de estímulos aversivos. El autor indica, que la situación se produce fundamentalmente por cambios en las circunstancias personales ocurridas de una forma bien gradual, bien repentina. Para él, la depresión supone una situación en la que las cosas que tenían cierto valor hasta el momento, pierden su valía o se convierten en situaciones aversivas. La depresión entonces, se consideraría como un aspecto situacional, más que una condición personal de quien lo padece (Pérez Álvarez, 2007).

En esta misma línea, Lewinshon, en la década de los 70, caracteriza la depresión como resultado de la pérdida o falta de reforzamiento positivo contingente a la conducta. La disminución de los reforzadores en la mayoría de las áreas de la vida de los pacientes, conduciría a la aparición de estados de ánimo bajos, sintomatología depresiva y una reducción de las conductas. El ambiente, según el autor, no sería un reforzador suficiente, las habilidades sociales necesarias disminuyen y aparece una elevada ansiedad social, que a su vez dificulta la obtención de reforzadores. La atención recibida al inicio de la presencia de psicopatología depresiva, actuaría como un reforzador a corto plazo que ayuda a mantener la conducta depresiva, mientras que a largo plazo, esta atención se va



debilitando, siendo otro reforzador del entorno perdido (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Antonuccio, 1998; Pérez Álvarez, 2007).

Costello, en 1972, propone en la misma línea que los autores anteriores, que la pérdida de interés de los pacientes depresivos por el medio que los rodea, se debe a que los reforzadores han perdido su efectividad, bien por cambios bioquímicos o neurofisiológicos bien por una interrupción en la cadena de conductas-reforzadores (Costello, 1972; Zarzuela, 2002).

### *C.- Los Modelos cognitivo-sociales.*

Dentro de este apartado, se destacan aquellas teorías que emplean constructos derivados de la psicología social y que, aunque en un inicio partieron de concepciones conductistas, llegaron a formulaciones de índole cognitivo gracias al énfasis propuesto en las variables moduladoras.

El primer antecedente de este grupo, lo encontramos en Seligman, quien a finales de la década de los sesenta, plantea su teoría sobre la “Indefensión aprendida”. Este autor, tras realizar numerosas observaciones en animales sometidos a choques eléctricos sin posibilidad de escape a una serie de animales en el laboratorio, defiende que éstos terminan presentando una serie de cambios caracterizados por pasividad, dificultad de aprendizaje, pérdida de peso, déficit sexual y social, cambios bioquímicos y otras manifestaciones que denominó “Indefensión aprendida” y que se debía a la expectativa de incontabilidad. Ésta expectativa se debía por lo tanto a la presencia de fracasos continuados ante el manejo de diversas situaciones o bien por reforzadores presentados sobre una base no contingente. Seligman utiliza esta situación para explicar la génesis de la patología depresiva en humanos.

Sin embargo, unos años más tarde, junto con Abramson y Teasdale, reformulan la teoría, debido a que la primera bien resolvía el problema de la pasividad en los humanos, pero no así otros, como pueden ser la baja autoestima, la generalidad o la cronicidad de la patología. Para ello, elaboran la “Teoría reformulada de la indefensión aprendida”, (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) en el que añaden a la anterior, una causa explicativa que el sujeto atribuiría a la expectativa de incontrolabilidad. De esta forma, si las causas se atribuyen a factores internos, la autoestima se verá mellada; si el factor es estable, la indefensión se prolongaría en el tiempo (Seligman et al., 1979) y finalmente, si el factor afecta a varias esferas de la vida del sujeto, es decir es global, se generalizará la percepción de indefensión hacia otros ambientes. Así mismo, remarcan estos autores, la depresión se daría en el caso de que la expectativa de incontrolabilidad afectara a sucesos muy importantes o deseables para el sujeto, o que fuesen altamente aversivos (Soria y cols., 2004; Camuñas y Miguel-Tobal, 2005).

En una línea similar, la “Teoría de la Desesperanza” formulada por Abrahamson, Metalsky y Alloy (1989), se centra en explicar el origen de una tipo concreto de depresión, la desesperanza, denominada así a la expectativa negativa de un suceso muy importante para el sujeto, unido a la sensación de incapacidad para cambiar esta probabilidad de ocurrencia (Soria y cols., 2004). Estos factores serían por si mismo los suficientes y necesarios, según indican los autores, para que diese lugar la aparición de este subtipo depresivo, si bien la consideran como un modelo de vulnerabilidad-estrés ya que se estima que algunos sujetos presentan un factor de vulnerabilidad cognitiva, consistente en ciertos estilos cognitivos que, permaneciendo en estado latente, se activarán ante la ocurrencia de estresores o acontecimientos vitales negativos e importantes (Abramson et al., 1989).

*D-. Los modelos Cognitivos.*

Aaron Beck, en 1979 propone una teoría, conocida como la “Teoría Cognitiva de Beck”, basada en el procesamiento de la información, en la que explica que los sujetos deprimidos presentan unas creencias o actitudes disfuncionales que afectan al modo en que interpretan la información que les rodea (Beck y cols., 1979). Para el autor, estas creencias se organizan en esquemas, que son unas estructuras funcionales de representaciones que el sujeto ha ido construyendo en base a su experiencia y conocimientos previos. En ocasiones dado que estos esquemas son personales y no una información objetiva del entorno, podemos distorsionar la información de la que disponemos o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o incluso ignorando otra información disponible más realista y constructiva. Cuando esto ocurre, cometemos errores en la interpretación o errores de razonamiento. Los esquemas depresógenos, se diferenciaría de los normales, en que suponen exigencias poco realistas o muy rígidas sobre el entorno o sobre el propio sujeto, de modo que la realidad entra rápidamente en contradicción con ellos. Beck habla de una tríada cognitiva característica del pensamiento de las personas deprimidas, que se caracteriza por una visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro y que marcaría la forma en que estos pacientes tienden a ver la información circundante y a sacar inferencias erróneas, manifestándose en psicopatología depresiva (Gerrig & Zimbardo, 2005).

John Teasdale, en 1988, desarrolló una teoría a la que denominó la “hipótesis de la activación diferencial”. Este autor explica la depresión en base a una red o nodo, construido por las representaciones que tenemos en la memoria acerca de las emociones. Cada emoción se conecta a determinados elementos asociados a ella, como pueden ser experiencias, respuestas autonómicas, pensamientos, u otros elementos. Cuando experimentamos una determinada emoción, se activa el nodo y esta activación se propaga

por la red evocando diversas manifestaciones de la emoción (Vázquez y cols., 2008). La depresión, por lo tanto sería consecuencia de la activación del nodo correspondiente, después de que ocurra un suceso activador. Una vez el estresor ha activado el nodo, los constructos cognitivos asociados, de valencia negativa, se activan también generando además una percepción más negativa y catastrofista de la situación, lo que a su vez intensificaría la activación de la red. El hecho de que existan estos nodos en unos determinados sujetos y en otros no, depende según el autor, de las experiencias vividas y de la repetición de tales experiencias, que facilitaría su accesibilidad a los constructos ante la activación.

Las teorías y modelos que han intentado describir el origen de la depresión y sus factores desencadenantes son muy numerosos y su exposición resultaría excesivamente extensa, por lo que la elección de los modelos aquí mostrados, siguiendo la concepción de que la mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre depresión postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas, está dirigido a enfocar aquellas hipótesis más destacadas, que pueden tener influencia en el desarrollo del trabajo posterior. Sin embargo, según algunos investigadores, como Luyten y cols. (2003) indican que la visión que se tiene sobre la depresión está cambiando, debido a su alta prevalencia y el aumento de la incidencia, que favorece una percepción más grave del problema y que el plan estratégico para la Investigación del carácter del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2003, citado en Luyten y cols., 2003) propone la necesidad de desarrollar teorías más amplias que permitan tratamientos más eficaces. Algunas líneas de investigación más recientes se están centrando en el estudio de la personalidad y su relación con la patología depresiva (Kupfer & Frank, 2001; Verheul, 2003) y otras líneas se encaminan hacia la

convergencia entre las teorías psicodinámicas y las cognitivo-conductuales (Robins, 1993), lo que están facilitando un cambio en el paradigma, dirigiéndose los esfuerzos de la investigación y tratamiento hacia la integración de varias aproximaciones teóricas.









## **4.- DIABETES MELLITUS Y DEPRESIÓN**

### **4. 1.- Introducción**

Las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de los fallecimientos (OMS, 2008). En este aspecto, la diabetes cuya prevalencia ha aumentado progresivamente hasta llegar al 6-10% de la población general, supone una reducción de la esperanza de vida en torno a 5 o 10 años. Esta patología se acompaña además de un riesgo incrementado de padecer una enfermedad cardiovascular, siendo la causa de mortalidad directa en el 75-80% de los pacientes (Conget y Giménez, 2007; Maldonado, 2009).

El diagnóstico de diabetes supone enfrentar al paciente con una enfermedad grave y de duración indeterminada, no siendo extraño por lo tanto que una situación de estas características afecte a la vida emocional del paciente, más aún cuando viene acompañado de cambios o situaciones estresantes, como el debut del trastorno, el afrontamiento del diagnóstico, los cambios en el estilo de vida, el pronóstico incierto o las complicaciones posibles.

La diabetes mellitus por tanto es no sólo un problema de salud física, si no que afecta también a la salud mental de quien lo padece, encontrando con frecuencia diversos trastornos psicoafectivos asociados. Las patologías más comunes relacionadas con la diabetes son la ansiedad y la depresión (Lustman, 1992; Eaton et al., 1996; Anderson, 2001; Coluga-Rodríguez, 2008) Si la depresión se presenta una prevalencia de aproximadamente el 5-10% en la población general (Organización Mundial de la Salud, 2001 citado en Castillo-Quan, 2010), ésta aparece con una prevalencia de entre el 20 y el 25%, en quienes presentan, además, diabetes mellitus; es decir, estos pacientes presentan

una prevalencia doblemente mayor que en la población no diabética (Anderson, 2001; Yavari et al., 2010; Brauser, 2011).

Otros estudios han encontrado cifras de prevalencia de la depresión en diabetes similares, que rondan desde el 21,7% al 24-30% de pacientes diabéticos deprimidos (Carreira y cols., 2010) señalando que, aunque la depresión se encuentra aproximadamente en un porcentaje muy elevado, sólo el 10% es diagnosticado como depresión mayor (Lustman, 1998; Keaton, 2010). Resultados mayores los encuentran Pineda y cols. (2004) con hasta un 55% de pacientes deprimidos, sobre todo entre el género femenino, quienes evidenciaron niveles más graves de depresión, y un mayor índice de sintomatología característica de esta alteración del estado de ánimo, que los hombres. Las conclusiones confirman la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica, debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes. Castro-Aké et al. (2009) señalan la asociación frecuente entre el trastorno depresivo, especialmente el episodio depresivo mayor recidivante, con un mayor descontrol glucémico, y Benitez y cols. (2011) en la misma línea, subrayan el alto porcentaje de descontrol glucémico (HbA1c de 8,9% +/- 2,3%) y la elevada prevalencia de sintomatología depresiva (47,3%) encontrada entre los pacientes diabéticos. Ciechanowski et al. (2003) refieren que la proporción de sujetos con HbA1c por encima de 8% es significativamente mayor en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que padecen depresión frente a quienes no la padecen, encontrándose también que los niveles de HbA1c varían en función de la severidad de los síntomas depresivos que presenta el paciente (Lustman et al., 2000; Peralta, 2007). En la misma línea, el metaanálisis realizado por Lustman et al. (2000a) sobre 24 estudios encuentran relación entre depresión y pobre control glucémico,

valorando el control de la sintomatología depresiva con reducción de HbA1c, según Lustman et al. (2000a, 2000b) hasta de 0.8-1,2%, lo que significa una mejora considerable en los niveles de glucosa, conforme mejora la sintomatología depresiva. Estos mismos resultados encuentran Van Tillburg et al. (2001) y Ciechanowski et al. (2003), para quienes el resultado de sus investigaciones relacionan de forma negativa el control glucémico y la presencia de depresión.

Sin embargo, la relación entre depresión o sintomatología depresiva y control glucémico es más controvertida según el estudio realizado por Fisher et al (2010), quienes indican que la relación entre estos dos factores es cuestionable, no encontrando en su investigación una evidencia estadísticamente significativa entre depresión mayor o sintomatología depresiva y control glucémico o en el incremento de actividades de autocuidado (Williams et al., 2004; Ell et al., 2010). En esta línea, Georgiades et al. (2007) realizan un análisis de los estudios que relacionan ambos factores, encontrando 7 estudios que relacionan la depresión y el control glucémico y 10 estudios que no evidencian relación significativa, al igual que los estudios llevados a cabo por Katon et al. (2004c) o por Van der Ven (2005) que tampoco encuentran evidencia estadísticamente significativa en esta relación. Acorde a ellos, otros estudios tampoco muestran mejora en la sintomatología depresiva entre los sujetos en los que la intervención se centró en la mejora del autocuidado y de los niveles de HbA1c (Linn et al., 2006; Trief et al., 2006). Por lo tanto, es posible considerar la relación entre sintomatología depresiva y control glucémico como una cuestión controvertida y cuya relación aún no está clara, siendo seguramente producto de una compleja trama de interrelaciones entre el humor, la etapa o el estado en el que el paciente se encuentre dentro de la enfermedad, el tratamiento, de comportamiento y las variables de contexto de la vida (O'Connor et al., 2009; Fisher et al., 2010).

Entre los estudios que encuentran relación entre depresión y diabetes, se señala con asiduidad la existencia de una serie de factores que pueden estar implicados en el aumento del riesgo del desarrollo de sintomatología depresiva, tanto con la aparición de un episodio inicial como con la persistencia, la recurrencia y severidad de los episodios. Así, la depresión se encuentra asociada de forma más habitual en mujeres, personas que viven solas, con pobre soporte social y un estado socioeconómico bajo, mientras que entre los pacientes con diabetes, encontramos asociado además, otros factores como son la presencia de esta enfermedad, complicaciones derivadas de la misma, pobre control glucémico y necesidad de insulino terapia en pacientes con diabetes tipo 2 (Tabla 7) (Katon et al., 2004b; Katon et al., 2010).

**Tabla 7. Factores de riesgo de depresión**

Riesgos depresión población no diabética	Riesgos depresión población diabética
Género femenino	Diabetes
Pobre soporte social	Complicaciones tardías
Nivel socioeconómico bajo	Pobre control glucémico
Jóvenes , ancianos y personas con problemas físicos	Insulino terapia en DM2
Eventos estresantes de la vida	Problemas derivados de la hiperglucemia

También se encuentran asociados a la depresión, la presencia de comorbilidad, complicaciones, especialmente las vasculares (Bruce et al., 2006; Katon et al., 2009), así como el conocimiento sobre la diabetes tipo 2, la duración de esta, cambios en la nutrición, obesidad y la sensación de encontrarse desbordado por la enfermedad, aunque la evidencia epidemiológica sigue siendo limitada (Katon et al., 2010).

Pese a que la depresión no se considera un factor relacionado con el envejecimiento normal, las cifras de prevalencia de episodios de depresión mayor son más altas entre los grupos de mayor edad, en concreto con las personas que sufren alguna enfermedad comórbida (Mast et al., 2008). En el caso de la diabetes, encontramos estudios que defienden que la sintomatología depresiva es más común entre la población joven, tanto en quienes están diagnosticados de diabetes tipo 1, como de diabetes tipo 2 (Kovacs et al., 1997; Fisher et al., 2008). Sin embargo, Colunga-Rodriguez y cols. (2008) señalan que, si bien en la edad no se encuentran diferencias en su estudio en patología depresiva y diabetes, sí es significativo el tiempo que lleven padeciendo la enfermedad, es decir la antigüedad diagnóstica. Además parece existir en los pacientes diabéticos una mayor recurrencia, así como episodios más duraderos de bajo estado de ánimo (Lustman et al., 1988; Kovacs et al., 1997; Peyrot et al., 1999), refiriendo Anderson et al. (2010) que, en ocasiones, el alivio de los síntomas depresivos es incompleto y que el paciente mantiene un alto riesgo de recaídas y recurrencias y señalan que es importante tener en cuenta que la respuesta al tratamiento de la depresión en la diabetes tipo 2 está influida por un conjunto multidimensional de factores, encontrando según Lustman et al. (1997, 2006) que casi un tercio de los pacientes pueden verse implicados en una recaída y que la recurrencia o la persistencia de los episodios de depresión mayor se encontraban en el 92% de los sujetos, con una media de 4,8 episodios, después de ocho semanas de tratamiento con nortriptilina.

Si bien el modelo psicológico (Katon et al., 2010) ha señalado de forma habitual la asociación entre la diabetes y la depresión como resultado de los numerosos esfuerzos del paciente por adaptarse a la situación y el desbordamiento que ésta puede provocarle, son aún muchas las incógnitas sobre la dirección de esta relación, apareciendo numerosos estudios que avalan la relación inversa, o bidireccional, en la que la presencia inicial de

psicopatología depresiva es previa al desarrollo de la diabetes (Knol et al., 2006; Mezuk et al., 2008).

#### **4.2.- La depresión como factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus tipo 2**

El estudio de la relación entre alteraciones emocionales y el desarrollo de la diabetes mellitus es un tema que está presente desde hace mucho tiempo, encontrando estudios que se remontan a 1670, en los que Thomas Willis escribe uno de los primeros tratados médicos sobre la diabetes, señalando que entre otros factores, la tristeza prolongada es un factor etiológico importante para el desarrollo de esta enfermedad.

Mausdley en 1889 sugiere que, en ocasiones, la ansiedad puede ser un factor importante en la aparición de diabetes y que ésta es más común en familias que presentan alguna alteración sociológica (Robinson et al., 1985). Posteriormente, G. H. Savage en 1891 observó que cuando los pacientes diabéticos tenían alguna enfermedad mental, era habitual que ésta fuese la depresión (Savage, citado en Beamish, 1985) y en 1913, F. M. Allen sugirió que, cuando coexistían diabetes y depresión, estas tendían a agravarse a la vez (Allen, 1913 citado en Beamish, 1985).

En realidad, muchos de los estudios que apoyaban la existencia de una relación entre aspectos psicosociales y el desarrollo de diabetes, han sido básicamente observacionales. En 1921, se relaciona por primera vez la enfermedad con la pérdida emocional, gracias a H.V. Pike que describe un caso de diabetes mellitus posterior al abandono por parte de la pareja de uno de sus pacientes (Robinson et al., 1985).

Durante las décadas de los años 20 y 30, el interés por los factores emocionales en el origen o el desarrollo de la diabetes mellitus declinó, encontrándose pocos estudios que

relacionaran la psicopatología con la enfermedad (Daniels, 1939 citando en Robinson et al., 1985). En esta época, W.C. Menninger realizó estudios sobre alteraciones emocionales en pacientes con diabetes, proponiendo la posibilidad de que la diabetes se precipitase como consecuencia de factores psicológicos (Menninger 1935, citado en Beamish, 1985) y en 1936, H. F. Dunbar escribió acerca de alguna particularidad en la personalidad de los pacientes, susceptible de desarrollar diabetes (Dunbar 1936 citado en Beamish, 1985).

Esta situación se mantiene durante las décadas posteriores, encontrando hacia 1968, tan sólo 30 referencias de los 35.000 artículos que se publican sobre diabetes, los que hacen referencia a aspectos emocionales (Baker et al., 1970 citado en Robinson, 1985).

Actualmente el interés por los aspectos emocionales y su relación con la diabetes, vuelve a ser el objeto de estudio. Desde 1993, cuando Garvard y sus colaboradores presentaron una revisión de los estudios de la prevalencia de la depresión en la diabetes, la literatura centrada en esta asociación ha vuelto a resurgir. Hace aproximadamente 15 años, Eaton y colaboradores (Eaton, 1996) encontraron una asociación entre depresión mayor y la aparición de la diabetes, siendo estos resultados replicados en otras investigaciones y encontrándose una relación bidireccional entre ambos factores, la depresión y la diabetes. Si bien algunos estudios señalan la presencia de depresión como factor previo al desarrollo de la diabetes (Knol et al., 2006; Lyketos, 2010) la dirección de esta relación aún es controvertida.

Knol et al. (2006) encuentran, tras realizar un meta-análisis de los estudios publicados sobre la relación diabetes-depresión desde 1872 hasta 2005, que los adultos con síntomas de depresión o de depresión mayor presentan un 37% más de posibilidades de desarrollar diabetes mellitus que quienes no presentan sintomatología depresiva. Otros estudios en esta misma línea señalan que la depresión predice el desarrollo de un número

grande de enfermedades físicas, como la hipertensión, las enfermedades coronarias, el cáncer o accidentes cerebrovasculares (Eaton, 1996; Jonas & Lando, 2000). Mezuk et al. (2008) indican que la depresión parece ser un importante factor de riesgo para el posterior desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y en la misma posición Katon (2010) refiere que la depresión se encuentra asociado con un 60% más de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. De forma similar, Lustman (2000a) encuentra a través de un meta-análisis realizado sobre 27 estudios, la existencia de una significación estadística entre la asociación de depresión e hiperglucemia, tanto en la diabetes mellitus tipo 1 como en la diabetes mellitus tipo 2 y según De Croot (2001) parece justificarse que la mejora en los síntomas depresivos, predice mejora en el control de la glucemia. Esto puede observarse a través de los sujetos que han recibido tratamiento para la sintomatología depresiva y han reflejado, a su vez, una mejora del control glucémico, interfiriendo esta mejoría en la disminución de complicaciones derivadas de esta patología, como las patologías micro y macrovasculares (Black et al., 2003); aunque otros estudios más recientes sugieren no encontrar estos resultados, siendo por lo tanto un tema bastante controvertido (Georgiades et al., 2004; Linn et al., 2006; Fisher et al., 2010).

De la misma forma, varios estudios apoyan la tesis de que los antidepresivos ejercen un efecto positivo en el control metabólico, que bien puede deberse a una acción directa sobre los procesos biológicos, o bien de forma indirecta actuando sobre las conductas que fomentan el autocuidado. Castillo-Quan (2010) indica que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) podrían presentar un efecto positivo en la diabetes mellitus, reduciendo la resistencia a la insulina y que la glucemia tiene mejor control en aquellos pacientes en etapa de remisión de los síntomas depresivos, cuestión apoyada también por Okamura et al. (2000) y Kauffman et al. (2005), quienes evidencian



que el tratamiento con antidepresivos mejora la resistencia insulínica y posiblemente en control glucémico (Lustman et al., 2006). Sin embargo, esta cuestión se encuentra en debate debido a que existen numerosos estudios que no apoyan estos resultados, no encontrando mejoras en el control glucémico, aunque sí en la sintomatología depresiva, en el uso de antidepresivos (Lustman et al., 2000b; Paile-Hyvängen et al., 2003; Wue et al., 2004; Gulseren et al. 2005).

Existen numerosas teorías que, desde el modelo médico y biológico, apoyan las hipótesis relacionadas con la aparición de la diabetes de forma posterior al padecimiento de alguna alteración del estado de ánimo, concretamente la depresión. Entre ellas se encuentran:

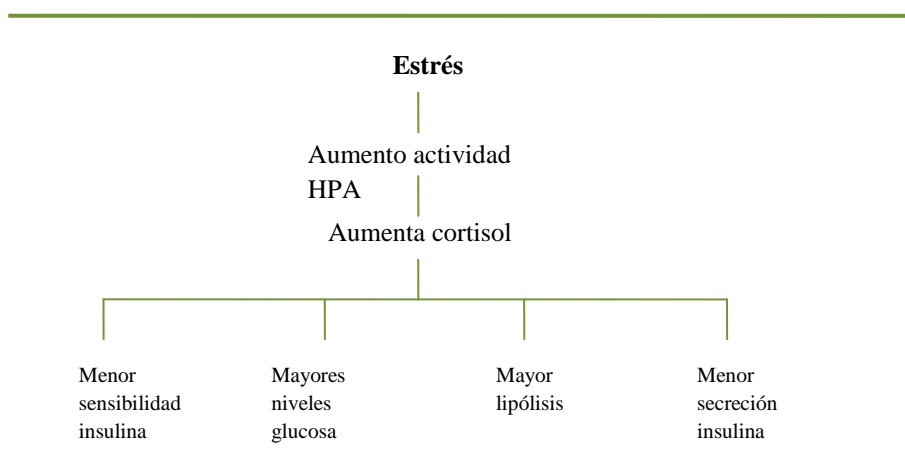
*A.- El eje Hipotálamo- Pituitario- Adrenal (HPA).*

Diversas hipótesis versan sobre los mecanismos etiopatogénicos existentes en la relación entre depresión y aumento del riesgo del desarrollo de la diabetes tipo 2. Así se desarrolla la hipótesis de que la depresión se relaciona con el aumento de la actividad del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA) y el sistema nervioso simpático, resultando un aumento en el cortisol y de la liberación de catecolaminas como adrenalina y noradrenalina.

El estrés activa el sistema HPA que forma una serie de respuestas: en primer lugar, la hormona de liberación de corticotropina (CRH) estimula a los receptores de la glándula pituitaria aumentando los niveles de corticotropina en el plasma, que a su vez estimulan los receptores de corticotropina en el córtex adrenal, liberando cortisol al flujo sanguíneo (Katon, 2011). El cortisol se encuentra elevado entre el 20 y el 40% de los pacientes deprimidos atendidos en consulta externa, y el 60-80% de los hospitalizados presentan

hipercortisolemia (Castillo-Quan, 2010). El aumento de cortisol, conlleva una inhibición del eje gonadal, la hormona de crecimiento y el eje tiroideo (que reduce la lipólisis) y activa la respuesta inflamatoria. A su vez, el eje HPA estimula al Sistema Nervioso Simpático, que aumenta los niveles de catecolaminas (Noradrenalina y Adrenalina), estimulando la respuesta inmune y disminuyendo la función neurovegetativa. Los efectos resultantes, son la gluconeogénesis, glucogenólisis, resistencia a la insulina y menor secreción de ésta. Se considera que la secreción de niveles altos de cortisol, de forma crónica, puede relacionarse con resistencia a la insulina, obesidad y desarrollo de diabetes melitus tipo 2 (Maes et al., 1991; Bjorntorp, 1999; Bjorntorp, 2001; Weber-Hamann et al., 2002; Katon, 2010).

**Figura 12: Función del eje HPA y su relación con la diabetes**



En esta línea, Chiodini et al. (2005) determinaron la existencia de una hipercortisolemia subclínica 4,8 veces mayor en la población con diabetes mellitus, frente a quienes no padecen esta enfermedad. Adicionalmente encontraron que estos pacientes presentaban, además, complicaciones y comorbilidades asociadas a la enfermedad, relacionando directamente la hipercortisolemia con la presencia de mayor cantidad de complicaciones. Esta misma hipótesis es referida por Castillo-Quan et al. (2010) quienes

parten de la hipótesis de que, entre algunos de los pacientes con diabetes mellitus en los que existe una hiperinsuliemia compensatoria, puede encontrarse un aumento de los niveles de cortisol. Según esta hipótesis, la alteración del estado de ánimo y algunos problemas de memoria podrían ser causa de la interacción entre la elevación de insulina que ocasionaría una hipercortisolemia. A su vez puede esta interacción podría dañar estructuras específicas del cerebro, sobre todo aquellas relacionadas con las funciones principales del área límbica.

Esta hipótesis presenta algunos problemas en cuanto a poder afirmar la direccionabilidad y la causalidad de los resultados. Entre estas dificultades, se encuentra el hecho de que la mayoría de los estudios se realicen entre población diagnosticada de depresión grave, donde se observan las relaciones más fuertes, mientras que en realidad la mayoría de la población padece niveles medios o bajos de depresión. Por otro lado, el que los estudios observacionales sean prospectivos o el hecho de que la hipercortisolemia no es característica sólo de la depresión, si no que existen otros factores relacionados con la actividad del eje HPA, como son la edad, el género, los hábitos de vida, enfermedades, factores genéticos, etc. (Matta, 1998; Bartels et al., 2003; Lason et al., 2009) así como el hecho de que pueda encontrarse una alteración de este eje también en otras patologías, son algunas de las dificultades encontradas.

En este sentido, la relación causal en esta activación del eje HPA es aún incierta. Para Bjorntorp (1991), el vínculo entre estrés y diabetes se produce por la obesidad, relacionada a su vez con el desarrollo de diabetes. La *hipótesis de Bjorntorp* (1988) es una de las primeras referencias que vinculaban el síndrome metabólico, la resistencia insulínica y el desarrollo de diabetes tipo 2 con el “arousal hipotalámico”, formado por hiperactividad del eje HPA y exceso de activación del eje simpático (Cosgrove et al., 2007). Según el

autor, una de las consecuencias de la alteración del eje HPA es el aumento de la grasa abdominal y la concentración de ácidos grasos, que puede aumentar las alteraciones cardíacas, con incremento en los niveles de cortisol y otras hormonas. El estrés ambiental, así como el aumento de la obesidad en nuestros días, facilitada por el estilo de vida sedentario o la alimentación centrada en la ingesta de grasas y sus consecuencias, son factores que pueden generar una alteración en este eje. Actualmente, dado que los hábitos de alimentación y el estilo de vida que se están manteniendo siguen sin ser los adecuados, la teoría de Bjorntorp vuelve a ser de interés (Cosgrove, 2007; Katon, 2010).

#### *B.- Disfunción en el Sistema Inmune.*

Otra hipótesis relacionada con la depresión como patología previa a la diabetes 2, es la posible presencia de disminución en la función del Sistema Inmune (Black, 2003). Este sistema funciona ante contextos de respuesta aguda para defenderse de situaciones aversivas. En estos casos, los macrófagos y otras células liberan citoquinas proinflamatorias para estimular la respuesta de defensa. Estas citoquinas, junto un incremento de una proteína, la C-reactiva y la TNF- $\alpha$ , se encuentran alteradas tanto en la depresión, como en la diabetes mellitus (Kiecolt-Glaser et al., 2002; Pradhan et al., 2001; Schmidt et al., 1999). Según señala Katon (2010), la sobrealimentación y el sedentarismo genera obesidad y ésta, a su vez, produce citoquinas proinflamatorias que actúan sobre el cerebro. Castillo-Quan (2010) indica que una sobreactivación del eje HPA, unido a la activación de la amígdala, lleva un aumento del tono simpático, que promueve la liberación de las citoquinas proinflamatorias, relacionándose este aumento con pérdida a la sensibilidad de la insulina y a los glucocorticoides. También se relaciona con apoptosis de las células  $\beta$  pancreáticas, disminución de la secreción de insulina, e inicio de la diabetes tipo 2 (Pradhan et al., 2001; Cesari et al., 2003; Li et al., 2009). Así mismo, algunas

citoquinas pueden estimular la hormona liberadora de corticotropina por parte del hipotálamo, que a su vez perpetuaría la sobreactivación del eje HPA. Bastarrachea y cols. (2007) señalan la posible relación entre algunas de las citoquinas antes mencionadas (IL-1B e IL-6) con una mayor resistencia a la insulina en los pacientes que padecen diabetes tipo 2. Dentro de las citoquinas proinflamatorias, el Interleukin (IL)-1, IL-6 y el TNF- $\alpha$ , pueden inducir un *sickness behaviour* o “conducta de enfermedad” caracterizado por síntomas inespecíficos como fatiga, anorexia, anhedonia, disminución de la actividad psicomotriz o disminución del autocuidado, que pueden eclipsar la patología depresiva (Kent et al., 1992; Yirmiya, 1996; Musselman, 2003).

#### *C.- El Sistema Nervioso Simpático.*

Relacionado con el eje HPA, se encuentra también la función del sistema nervioso simpático (SNS). Este sistema presenta una doble actuación que permite la modulación de las funciones vitales. El sistema simpático, es el encargado de la aceleración cardíaca, la contracción arterial y la dilatación de los bronquios, preparando al sujeto para la acción y aumentando los niveles de adrenalina y noradrenalina, mientras que el sistema nervioso parasimpático presenta las acciones inversas, como disminución de la presión arterial, deceleración cardíaca y provoca la bronquioconstricción entre otras, gracias a la acetilcolina. El sistema nervioso simpático se activa frente a situaciones de estrés y se observa que ante estrés prolongado, el tono del sistema se ve afectado, aumenta la producción de catecolaminas y aumentan los procesos inflamatorios (Katon, 2011).

La variabilidad del ritmo cardíaco es un buen indicador del funcionamiento del sistema nervioso autónomo y su disminución se asocia con riesgo cardiovascular y mortalidad. Así mismo esta disminución también ha sido relacionada con niveles altos de depresión (Rottenberg, 2007). La enfermedad arterial coronaria, es el tipo más común de

enfermedad cardíaca y una de las principales causas de muerte en pacientes diagnosticados de diabetes, siendo la neuropatía autonómica, además, una de las principales complicaciones de la diabetes. Vinik et al. (2003) señalan que un 20% de sujetos que padecían diabetes asintomática presentaban también una función cardiovascular autonómica alterada. Por todo ello, se pudiera barajar la hipótesis de que si la depresión se asocia con una alteración del ritmo cardíaco en la enfermedad arterial coronaria, también podría relacionarse con la neuropatía autonómica de la diabetes, aunque esta cuestión aún no ha sido ampliamente estudiada y aún no es posible afirmar aún una relación en esta línea (Katon, 2011).

*D.- El metabolismo de los ácidos grasos poliinsaturados w-3*

Otra relación hace referencia a una *alteración en el metabolismo* de los ácidos grasos poliinsaturados W-3 que podrían contribuir tanto a la aparición de sintomatología depresiva, como al desarrollo de una diabetes tipo 2. Estos ácidos (PUFA), participan tanto de modo directo como indirecto en la función cerebral y la reducción de estos ácidos está asociada con trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentra la depresión. Así mismo, también es posible que la reducción de estos ácidos (PUFA) se encuentra asociado con un aumento en el riesgo de desarrollar una diabetes mellitus tipo 2, aunque estos resultados son controvertidos y aún no concluyentes (Pouwer, 2005; Knol, 2006).

En resumen, parece que algunos cambios neuroquímicos y neurovasculares asociados a la diabetes, pueden ser origen de síntomas depresivos orgánicos en algunos pacientes (Cantón y Domingo, 2008). En este sentido, Castillo-Quan (2010) señala la importancia que determinadas alteraciones bioquímicas pudieran tener sobre la diabetes mellitus, entre ellas la síntesis de noradrenalina y de dopamina que parece encontrarse reducida en la diabetes mellitus, refiriendo la posibilidad de que la insulina fuera un

regulador fisiológico de la síntesis y captación de estas catecolaminas y este mecanismo esté alterado en la enfermedad.

Sin embargo, existen, otras teorías que vinculan la diabetes y la depresión. Así, una reciente investigación, se centra en la *influencia genética*, es decir, en los genes que pudieran estar implicados en la regulación del eje HPA y las vías inflamatorias y serotoninérgicas (McCaffery et al., 2006). Aunque tradicionalmente los genes relacionados con las vías inflamatorias, se han asociado a enfermedades coronarias y diabetes y aquellos que participan en la alteración de las vías serotoninérgicas, con la depresión, actualmente se están llevando a cabo investigaciones sobre la relación de los genes implicados en la respuesta inflamatoria y la depresión. Sin embargo, pocos estudios han llevado a cabo una investigación sobre la relación directa entre depresión y diabetes y, cuando se han llevado a cabo, los resultados no han sido positivos. En un pequeño estudio realizado con varones gemelos sobre síntomas depresivos y factores de riesgo para el desarrollo posterior de un síndrome metabólico, se encontró que los factores ambientales tenían un peso mayor que los factores genéticos (McCaffery et al, 2003).

Además de la visión de la relación entre depresión y diabetes desde las teorías más biológicas, hay que tener en cuenta que la posibilidad de que la depresión, dadas sus características sobre la conducta del individuo, afecte al autocuidado o disminuya la actividad física generando un factor de riesgo también para el desarrollo de enfermedades como la diabetes.

La depresión es un trastorno que conlleva un patrón de conducta caracterizado por una permanente falta de energía, de actividad, anhedonia, apatía y cambios en la alimentación que facilitan la obesidad y un estilo de vida sedentario que favorece el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 (Cosgrove, 2008) por lo que es muy probable la

existencia de una relación entre depresión, hábitos y desarrollo de la diabetes (Eaton, 2002). Según Castro-Aké (2009) la depresión afecta físicamente el estado general del sujeto y particularmente una vez iniciada la enfermedad, a la del paciente diabético y sus síntomas pueden intervenir en el control de la glucosa, al ser más difícil el seguimiento de las instrucciones del médico, la pérdida de energía que caracteriza esta patología, la disminución de la actividad y cambios en el patrón del sueño y de la alimentación, así como la adherencia terapéutica (Jacobson, 1993).

#### **4.3. La diabetes mellitus factor predisponente a alteraciones en el estado de ánimo.**

La organización Mundial de la Salud define la calidad de vida la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y la relación con sus objetivos y preocupaciones; es decir, mantiene una perspectiva multidimensional centrado en tres aspectos: la dimensión física (percepción de la salud y el estado físico), la dimensión psicológica (o percepción del individuo sobre su estado cognitivo y afectivo) y la dimensión social (o las relaciones interpersonales y los roles sociales que tiene el sujeto). Con los avances en la ciencia, la medicina ha conseguido que enfermedades que antes suponían la muerte se transformen ahora en enfermedades de duración indeterminada o enfermedades crónicas. Esta situación, señala la Organización Mundial de la Salud es una característica que en los países desarrollados va en aumento, logrando igualar e incluso en ocasiones superar la prevalencia de las enfermedades infecciosas (WHO/OMS 2002).

Sin embargo, la asunción de una enfermedad crónica en aras de ampliar los años de vida, supone asumir una enfermedad incurable que condicionará en adelante su estilo de vida y que obligará a responsabilizarse y familiarizarse con una serie de actividades,



hábitos y controles (Victoria y Rodríguez, 2007) que antes no ocupaban tiempo ni preocupación y que formaban una serie de procesos rutinarios y que ahora se transforman en actividades que requieren una cuidadosa planificación. En esta línea, Rubin y Pierrot (1999) señalan que factores asociados a esta nueva situación, como pueden ser el impacto del propio diagnóstico, las demandas que el tratamiento requiere, la incertidumbre sobre posibles complicaciones, el miedo a la hipoglucemia por sus consecuencias negativas, la frustración ante cambios inexplicables en los niveles de glucemia o el régimen médico que impone una serie de restricciones al estilo de vida familiar alteran la calidad de vida de los pacientes.

Cuando el sujeto recibe el diagnóstico puede sentirse algo confuso o vulnerable, preocupado e incluso aparecer sentimientos de enfado consigo mismo y con quienes le rodean, como señalan Siqueira y cols. (2008), que encontraron este tipo de sentimientos disfóricos entre una muestra de mujeres tras el diagnóstico de diabetes mellitus. Con posterioridad éstos suelen convertirse en activos buscadores de información y de control sobre su enfermedad y a la larga, lograr la adaptación y la capacidad de afrontamiento y control de esta nueva situación.

Dentro del proceso de adaptación a la nueva condición, el paciente puede presentar diversas emociones. Padierna (2004) destaca que al igual que los procesos de adaptación a la enfermedad crónica, el paciente diabético presenta una serie de etapas de adaptación a la nueva situación y señala, entre estas:

- 1.- La *reacción de negación*: el autor dice que es una respuesta común, sobre todo entre los pacientes diagnosticados de diabetes del tipo 2, y señala que puede en ocasiones en el debut de la enfermedad servir como acción protectora ante el

desbordamiento emocional, aunque presenta un problema, que es la posible no implicación en el tratamiento y las consecuencias que esto puede llevar consigo.

2.- La *reacción de temor*: en ocasiones ante la situación, el sujeto puede intensificar las consecuencias negativas de la enfermedad llegando a encontrarse superado por la situación. Los miedos, la angustia, la incertidumbre sobre el tratamiento o las consecuencias a largo plazo, generan en el sujeto una preocupación constante, ansiosa y a veces obsesiva que le lleva a intentar conseguir la máxima información posible para afianzar la sensación de control, percibiendo la enfermedad como una amenaza.

3.- La *reacción de ira*: esta reacción emocional se suele hacer presente después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico inicial, cuando el miedo o la negación han disminuido y el sujeto se encuentra con unas rutinas difíciles e ininterrumpidas.

4.- La *culpa y la recriminación*: pueden aparecer en el caso en que el paciente se responsabilice a sí mismo de lo que ocurre.

La depresión, como respuesta ante la enfermedad, es habitual en el paciente que de pronto tiene que enfrentarse con esta situación, si bien aparecen con más frecuencia durante los dos primeros años (Llorca, 2010), puede ser una situación que se prolongue en el tiempo.

Los nuevos cambios en patrones habituales de actividad, como la alimentación o el ejercicio físico (Gross et al., 2003; Gil y cols., 2003), unido además a sentimientos de pérdida de independencia, controles diarios y administración de medicación o insulina que obligan a los individuos a una atención constante a su estado, o bien la falta de progreso en la recuperación, las preocupaciones sobre el futuro y las complicaciones (Welch, 1997)

pueden, con el paso del tiempo la diabetes, desencadenar sentimientos negativos de tristeza que a la larga desembocan en sintomatología depresiva. De la misma forma, la falta de control de la situación y de las alteraciones en los niveles diarios de glucemia, afectan al sujeto en tanto que generan la percepción de control o descontrol de la enfermedad y la duda de si su intervención en el autocuidado, en la responsabilidad de uno mismo sobre la enfermedad tiene alguna función, o no. Sin duda, los cambios en los niveles de control metabólico se relacionan con el estilo de vida, con los patrones de alimentación, con la actividad física, el consumo de sustancias como alcohol o tabaco o las relaciones personales y laborales, así como influyen sobre las formas de afrontamiento, por lo que las modificaciones en el estilo de vida son fundamentales para el manejo de esta patología. Aunque la diabetes mellitus tipo 2 con poco tiempo de evolución, según García Grageola y Gómez Soto (2002) no es un factor desencadenante de depresión en los pacientes, en otros estudios, como los de Talbot et al. (1999) plantean que la aparición de la enfermedad en la vida de los sujetos, con las consecuencias, los cambios y molestias que pueden generar en las actividades e intereses del individuo, son características en el desarrollo posterior de sintomatología depresiva y ello se debe, bien a la acción directa ante la disminución de sus experiencias positivas y por lo tanto la pérdida de reforzadores, como de forma indirecta debido a la sensación de pérdida de control personal sobre la situación. Estos autores encontraron que la incidencia de la depresión fue del 65%, siendo en gran parte resultado directo de la intrusión de la enfermedad en la vida del paciente (61%) y un 4% resultante de la pérdida de sensación de control. La presencia de estresores hace más complicado el correcto afrontamiento de las condiciones y demandas que la enfermedad requiere e incrementa la posibilidad de desarrollar una sintomatología depresiva. En esta línea, Francosi et al. (2001) señalan que, en relación al control de la enfermedad, los niveles de

estrés diario pueden verse incrementados debido a las actividades que el paciente debe de hacer para el manejo y control de su enfermedad, como el auto-monitoreo del nivel de azúcar. Así esta situación puede provocar un aumento en las preocupaciones y en la sintomatología depresiva. Contrario a lo que estos autores exponen, Robert et al. (2000) indican que, en vez de considerarlo como una situación de estrés, el automonitoreo puede facilitar la sensación de autoeficacia sobre la enfermedad haciendo que los niveles de depresión y ansiedad disminuyan, por lo que alienta a los enfermos a que se responsabilicen de su enfermedad, fomentando el autocuidado.

Además de estos factores centrados en el modelo psicológico de la relación entre diabetes y depresión, también la interacción del comportamiento con los sistemas nervioso, endocrino e inmune relacionan las enfermedades físicas con el desencadenamiento de cambios fisiológicos y viceversa, generando cambios bioquímicos que pueden relacionarse con la psicopatología depresiva. Así, en los últimos 50 años, los avances en el estudio sobre los efectos de la diabetes mellitus en el Sistema Nervioso Central, sugieren la existencia de alteraciones celulares y moleculares significativas, que pueden facilitar el riesgo de aparición de un abanico de enfermedades neuropsiquiátricas (Castillo-Quan et al., 2010).

Actualmente, como ya hemos señalado, una a parte de la literatura respalda la posibilidad de que la acción de citoquinas proinflamatorias, que se activan tanto por infecciones como ante la respuesta de estrés, afecten a los procesos afectivos y cognitivos a través de sus efectos sobre el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal y viceversa (Seguin et al., 2009; Cassano y Arguibay, 2010). Si la enfermedad crónica es vista como un estresante continuo, no es de extrañar que se ponga en marcha el mecanismo inflamatorio dando lugar a alteraciones cognitivas y del estado de ánimo.

Otros estudios recientes, que ya hemos comentado, han documentado un subgrupo de pacientes diabéticos en el que se puede encontrar una alteración del eje HPA. En este caso, Castillo–Quan (2010) señalan que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que existe una hiperinsulinemia compensatoria podrían presentar hipercortisolemia y debido a que ésta se ha relacionado con las complicaciones propias de la diabetes refirieron la posibilidad de que las complicaciones a las que se ha asociado la enfermedad (depresión, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer) pudieran ser secundarias a la hipercortisolemia que per se presentan los pacientes con estas patologías suponiendo que si existe aumento de alteraciones de la memoria y del estado del ánimo, éstos se deben a una interacción de la insulina y el cortisol, en donde la elevación de la primera ocasiona un desajuste del eje HPA, que origina una hipercortisolemia que puede dañar estructuras específicas del cerebro y, en especial, las que afectan funciones fundamentales en áreas límbicas.

En cuanto al efecto de las alteraciones en los niveles de glucosa generados por la enfermedad, Convit (2005) explica que una elevación persistente en los valores de glucosa periférica dificulta su transporte a través de la barrera hematoencefálica, limitando su disponibilidad en el cerebro. Así es que ante episodios de hiperglucemia aguda, se encuentran niveles altos de disforia y ansiedad, además de problemas en la memoria de trabajo y en la velocidad de procesamiento (Sommerfield, Deary & Frier, 2004). Según este autor, existiría en los pacientes diabéticos una vasodilatación del tejido endotelial que dificulta el aporte de glucosa al cerebro, induciendo una hipoglucemia funcional. Estas acciones producirían, además de deterioros cognitivos, una hipercortisolemia que, como ya indicamos, a su vez altera la función hipocampal y como consecuencia, alteraciones en la regulación del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (Bruehl et al., 2005). Así mismo, las

bruscas variaciones en el nivel de glucemia se asocian con alteraciones transitorias a nivel cognitivo y del estado de ánimo (Cox et al., 2002; McCall & Kovatchev, 2009). Sin embargo, Talbot y Nouwen (2000) realizando un análisis de la literatura publicada hasta mayo del 2000, señalan no encontrar suficiente información acerca de los mecanismos a través de los cuales los cambios bioquímicos provocados por la diabetes o su tratamiento se asocian con la depresión clínica, por lo que según indican Nazar- Beutelspacher y Salvatierra-Izaba (2010) la hipótesis de que sean los problemas sociales y personales derivados de la enfermedad los causantes de las alteraciones del estado de ánimo, parece presentarse con mayor sustento, señalando incluso que la frecuencia de depresión en diabéticos diagnosticados es mayor que en personas diabéticas que aún no han sido diagnosticadas (Rajala et al., 1997).

#### **4.4.- Depresión y complicaciones**

Según avanza la enfermedad, la probabilidad de que aparezcan complicaciones en la enfermedad diabética, son múltiples. Según Velarde y Figueroa (2002), las complicaciones presentaban afectación en la percepción de la calidad de vida, siendo la presencia de complicaciones tardías, el descontrol metabólico, el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas, los factores que más influyen.

Es necesario tener en cuenta la variedad de complicaciones que pueden presentarse a la larga en estos pacientes, y su influencia en la percepción de calidad de vida. Según señalan De Berardis et al. (2002) y Lloyd et al. (2001) la percepción de una peor calidad de vida se relaciona principalmente con la presencia de complicaciones en la enfermedad. Así, es posible encontrar, por ejemplo, que la retinopatía diabética afecta al 15-50% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, lo que significa que esta enfermedad representa un riesgo relativo de pérdida de visión 20 veces superior al de la población no diabética; así

mismo, la nefropatía está presente entre el 3 y el 35% de los pacientes, el 40% de los diabéticos presentan algún tipo de alteración neuropática, e incluso la hiperglucemia en sí misma se asocia a un incremento de la mortalidad. Todas estas complicaciones dependen no sólo de los tratamientos médicos, sino también del ajuste y mantenimiento que el paciente haga en el control de su enfermedad y en el propio autocuidado (Goday, 2002). Como se ha señalado, la presencia de complicaciones en la enfermedad se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva dentro de la enfermedad (Katon et al., 2004b), dado que puede disminuir la funcionalidad del sujeto, incrementar la percepción de la gravedad y afectar a otros ámbitos de su calidad de vida. En este sentido, estudios como los de Ismail et al. (2007) y Winkley et al. (2009) encuentran que la úlcera del pie (pie diabético) se relaciona con mayores niveles de depresión e incrementa incluso la mortalidad en un tercio de quienes padecen su primera úlcera. En la misma línea Rosas y cols. (2006) señalan que la psicopatología depresiva se encuentra más presente cuanto mayor es el tiempo de evolución, pudiendo generar un decremento en los autocuidados y la actividad física, fundamental en la prevención de complicaciones y en el mantenimiento de la salud de los sujetos diabéticos (Koopmans et al., 2009). Siguiendo a Katon et al. (2005) los pacientes que tienen diabetes y depresión conjunta manifiestan también mayor probabilidad de presentar complicaciones micro y macrovasculares (De Groot et al., 2001), ya que, además que pueda originarse por las adaptaciones y reacciones psicológicas de los sujetos ante las complicaciones y los síntomas que van apareciendo, como por ejemplo el dolor neuropático (Gureje et al., 2001), ésta puede aumentar el riesgo de complicaciones debido a que la sintomatología del estado de ánimo se acompaña de menor autocuidado y comportamientos no saludables (Ciechanowski et al., 2000; Lin et al., 2004,).

En la misma línea, De los Ríos y cols. (2005) encuentran que los pacientes de diabetes mellitus con secuela de nefropatía diabética presentan mayores alteraciones del estado de ánimo conforme la enfermedad avanza y les requiere diálisis periódicas y García Pérez y cols. (2001) a su vez, refieren que la presencia de cardiopatía isquémica y proteinuria, son dos de las variables biológicas que más afectan a la percepción de la calidad de vida.

La depresión se encuentra asociada, además, a un aumento en el riesgo de mortalidad, como señalan diversos estudios. Brauser (2011) encuentra que, pese a que los datos para afirmar esta relación aun son escasos, parece que las mujeres que presentan diabetes y depresión conjunta tienen un riesgo significativamente mayor de enfermedades cardiovasculares, así como de mortalidad. Igualmente, los resultados encontrados por Egede et al. (2005) relacionan la diabetes con un incremento de mortalidad debida a enfermedad coronaria, que junto a los estudios realizados por Peyrot et al. (1999) y Forrest et al. (2000) resaltan la importancia que la combinación diabetes y depresión tiene sobre el posterior desarrollo de enfermedades coronarias y el riesgo que conlleva esto en cuanto a la esperanza de vida. El riesgo de mortalidad en los pacientes diabéticos que cursan además con depresión, pueden encontrarse, según Katon (2005) asociado tanto a cambios y pautas comportamentales (adherencia a los tratamientos, pautas de autocuidado...), entre los que destaca el sedentarismo (Black et al., 2003; Egede et al., 2005), como a factores biológicos (mayor riesgo de enfermedades cardíacas, alteraciones metabólicas). La cronificación de la patología depresiva pudiera también aumentar las tasa de mortalidad en estos pacientes (Katon et al., 2004a; Lin et al., 2004).

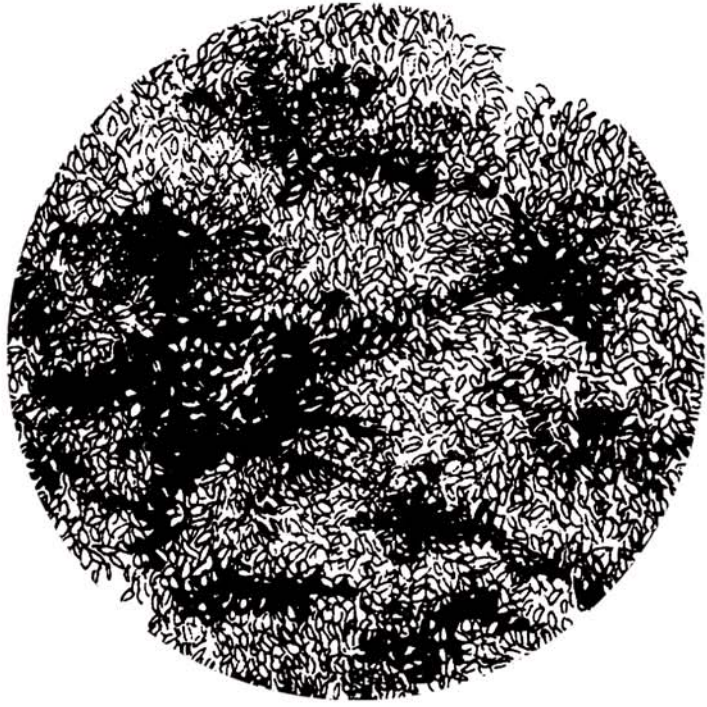
En el año 2007, Bogner et al. realizaron un estudio centrado en la intervención dirigida al manejo de la depresión en pacientes que padecían diabetes y depresión conjunta,



encontrando que en un plazo de 5 años quienes habían recibido el tratamiento, que estaba compuesto por evaluación clínica, monitorización, farmacoterapia y psicoterapia individual (programa denominado PROSPECT), presentaron una mortalidad inferior a quienes no recibieron dicha intervención. Al igual que Katon (2004a), éstos autores señalan también que factores fisiológicos tales como un incremento de los niveles de inflamación, la mala regulación de glucosa y conductas que impidan el autocuidado y la correcta adherencia al tratamiento son responsables de la relación entre depresión y mortalidad en pacientes diabéticos.

Por lo tanto, es imprescindible la atención a patologías que, como la depresión, pueden afectar a la capacidad del paciente para llevar a cabo un correcto tratamiento o la adecuada realización de conductas de autocuidado, sobretodo en enfermedades donde la acción del propio enfermo es fundamental en el tratamiento de la enfermedad, ya que éstas pueden incrementar o entorpecer el efecto del tratamiento y la mejora de la salud. Así encontramos que comparando pacientes que padecen depresión y diabetes conjunta, con quienes carecen de patología del estado de ánimo, los primeros muestran un peor autocuidado, más fallos en el seguimiento de los tratamientos y mayores riesgos de enfermedades cardíacas (Ciechanovski, 2000; Lin et al., 2004; Katon et al., 2004a; Katon et al., 2005).







## 5.- VARIABLESPSICOLÓGICAS

### 5.1.- El sentido de la vida

#### 5.1.1.- Introducción.

Las cuestiones relativas al origen o el sentido de la propia existencia han sido una constante a lo largo de la historia del ser humano, quien en numerosas ocasiones se ha planteado cuáles son los objetivos, las metas o el fin por el que se encuentra en el mundo.

En este sentido, Yalom (1984) indica dos posiciones que han sido esenciales en este planteamiento: una referente al sentido de la vida en general, denominado *sentido cósmico* y que se refiere al sentido que tiene la existencia del ser humano en el mundo y que suele acompañarse de una idea previa de que existe algo superior y externo, anterior a la presencia del hombre. Y por otro lado, el *significado terrenal* o conocer el sentido de la vida de cada uno en particular, es decir el objetivo o la meta a cumplir durante su estancia en el mundo. Ambas concepciones pueden darse a la vez en el mismo sujeto, pero esta última puede existir también de forma independiente y única, sin que el sujeto se plantee la posibilidad del carácter cósmico de la existencia. De la misma forma que Yalom plantea esta dualidad de cuestionamientos, Längle (2005) diferencia entre *el sentido existencial*, que tiene que ver con lo que es posible en base a la realidad y el *sentido ontológico* con una posición más global de la realidad en el que uno se encuentra a sí mismo, bajo una connotación filosófica o religiosa.

El término *sentido de la vida*, como tal, fue acuñado por Víctor Frankl (1905-1997), psiquiatra y neurólogo austriaco, que lo define como la fuerza que mueve al sujeto y que le sirve de guía a lo largo de su vida (Frankl, 1979). Para este autor, el hombre necesita encontrar un significado a su existencia, un objetivo que le obligue a luchar para

conseguirlo. La trascendencia de uno mismo, el hecho de que el individuo se olvide de sí mismo para lograr un propósito que se encuentra fuera de él, es la característica básica para el logro del sentido de la vida. Por ello, según el autor, el hombre no puede centrarse en sí mismo y sus logros, como un sistema cerrado, si no que debe dirigirse hacia algo o alguien externo que guíe la propia vida, debe de perseguir la “autotrascendencia” en busca del



Fig. 13. V. Frankl

logro de un sentido existencial (Frankl, 1979, 1984).

Esta autotrascendencia, señala el autor, es el hecho de que en todo momento el ser humano apunta, por encima de sí mismo, hacia una tarea que hay que cumplir, al servicio de una causa, o el amor hacia una persona, dice “...cuanto más sale al encuentro de una tarea, cuanto más se entrega a su compañero, tanto

*más es el mismo en la medida en que se olvida de sí”* (Frankl, 2003, pp. 17).

En referencia, dice el autor, existen en la búsqueda de sentido, tres categorías de significados vitales:

- Los valores de creación: lo que se logra y se entrega al mundo como creaciones propias (una creación o una investigación que motiva la conducta).
- Los valores experienciales: encuentros y experiencias, es decir, vivir algo o también el amar a alguien.
- Los valores de actitud: la posición personal hacia el sufrimiento y la muerte, punto en el que señala que aún cuando no hay esperanza de terminar con el sufrimiento, existe la posibilidad de darle significado mostrando que se puede sufrir y morir con dignidad.

En este sentido según Reker (1994), este logro de la autotrascendencia sería una fuente que proporcionaría un mayor grado de sentido último.

Según cita Frankl (2003), el sentido no puede darse, si no que debe descubrirse. Así, este proceso de descubrimiento de sentido tiene la finalidad de percepción de una figura, como en la Gestalt, sólo que lo que frente a la percepción gestáltica, lo que se percibe no es sólo una figura que destaca sobre un fondo, si no que la percepción de sentido es el descubrimiento más complejo, de una posibilidad que sobresale, del trasfondo, que es la realidad, siendo esta posibilidad en cada caso única y pasajero y sintiendo que, si llega a cumplirse, se ha cumplido el sentido y se ha cumplido para siempre.

El sentido no puede inventarse, si no que debe descubrirse, es único y específico, y ha de ser uno mismo quien lo encuentre, dando significado al mundo desde su propia vivencia (Martínez, 1999; May, 2000) Lo que se inventa, sin embargo, es un contrasentido, un sentimiento de sentido y la función de inventarse el sentido es vencer la vacuidad que genera su falta. Es la conciencia el órgano que facilita y busca el sentido vital, aunque como indica, “... hasta el último instante, hasta el postrer aliento, el hombre no sabe si ha cumplido realmente el sentido de su vida o si más bien ha creído haberlo cumplido” (Frankl, 2003; pp. 31), lo que implica que la conciencia puede dejarnos también en la incertidumbre, incluso al final de la vida.

Indica Frankl (2003) que el sentido no es algo constante, inmutable, si no que varía. Cambia de persona en persona y en función de las situaciones, pero no deja nunca de estar presente. No existe ninguna situación que no tenga un sentido ni ninguna persona que no posea una tarea. Es el sujeto quien establece lo que es significativo para la consecución de sus objetivos vitales y éste se modifica conforme su desarrollo, siendo distintas en las

etapas vitales de la persona y encontrándose la voluntad de significado, entre los objetivos del sujeto ya maduro.

Según Millar y Thonrensen (2003) podremos relacionar el sentido de la vida con el concepto de de espiritualidad, en tanto que lo conceptualizamos como la inclinación del sujeto para encontrar sentido a la vida mediante la interrelación con algo superior, bien sea religioso (Zavala y cols., 2006) o no. Esta búsqueda de sentido en algo superior, este concepto de espiritualidad, afecta a la salud y al bienestar de las personas. Gallego-Pérez, García-Alandete y Pérez-Delgado (2007a) hallaron que la espiritualidad, como importancia de un ser superior, de la existencia de un Dios en la propia vida presentaba diferencias significativas en relación con el logro vital, no siendo así otras variables también relacionadas con la religiosidad como fueron la autodefinición religiosa o la asistencia a la Eucaristía. En este sentido, Gallego- Pérez y cols. (2007b) en su estudio encuentran que frente al resto de sujetos de la investigación, aquellos sujetos quienes presentaban mayor firmeza en las convicciones personales frente a Dios y su lugar en la existencia personal, bien fuese porque le concedían mucha importancia o bien porque no le concedían importancia alguna, mostraban una mayor captación de las razones y los motivos por los que la vida merece la pena ser vivida, un valor mayor a la vida cotidiana, una mayor definición de metas y objetivos vitales y una mayor percepción de control, de autodeterminación y una menor percepción de predeterminación, de destino.

Frankl (1994) relaciona la búsqueda del sentido o “voluntad de sentido” con la motivación que justifica la existencia y la ha relacionado con la normalidad psíquica. Para este autor, la búsqueda de sentido tendría importancia de tal modo que sería un criterio fiable de salud mental (Frankl, 1999a) y en este sentido, son numerosos los estudios que se



centran en la idea de la existencia de una conexión entre el sentido y una mejor salud mental, los cuales trataremos más adelante.

El proceso de buscar sentido, es un esfuerzo esencial para la vida y no sólo surge de las situaciones positivas que facilitan el crecimiento de las personas, sino que está dirigido también en la adaptación a cualquier situación de sufrimiento o enfermedad. Siguiendo a Rodríguez (2006), el sentido se concibe también en relación con la búsqueda de un propósito ante las situaciones negativas, de crisis o de enfermedad. En esta línea, el sentido se considera como un objetivo de una lucha cognitiva para atribuir un significado a una situación de crisis, encajándola en el contexto de los otros aspectos de la vida y logrando una mejor adaptación a la situación (Davis, 2000; Lee, 2004; White, 2004). De este modo, Taylor (1983) indica que la adaptación a situaciones muy estresantes está determinada parcialmente por la habilidad del individuo de encontrar un sentido (positivo) a la situación negativa, por lo tanto, el sentido podría tener un papel muy importante en los procesos adaptativos.

Pero puede ocurrir también, que el hombre no sepa cuál es el objetivo, cuál la actitud a tomar o sienta que su vida no presenta guión alguno que seguir y que esta se encuentra a la deriva, sin rumbo ni metas que seguir, lo que puede provocar ciertas alteraciones psicológicas.

#### 5.1.2.- La falta o frustración del objetivo vital: la depresión noógena.

En el caso en el que el sujeto no encuentre una guía, un camino, si fracasa en la búsqueda de un objetivo vital, puede con ello originar una reacción neurótica, es decir, un indicador de desajuste emocional (Frankl 1999). Es importante previamente diferenciar entre dos conceptos, el vacío existencial y la neurosis existencial refiriéndose el primero a

un estado de apatía y tedio, en el que el sujeto no encuentra objetivos que llevar a cabo y cuestiona todas las actividades vitales y la neurosis existencial, que hace referencia a la presencia de sintomatología clínica causada por esta sensación de vacío. Frankl la denomina “neurosis noogéna” y señala que puede implicar cualquier forma neurótica, como alcoholismo, depresión, obsesión, delincuencia y otras formas de sintomatología (Frankl, 1979; Yalom, 1984; Frankl, 1984) e incluso conductas tan trágicas como el suicidio (Tomer et al., 2007). En este aspecto, son numerosos estudios que señalan la importancia de la convicción de que la vida tiene sentido sobre la salud mental de los sujetos (Ryff y Keyes, 1995; Soria y cols., 2004; Rodríguez, 2006). Rodríguez (2005), indica que actualmente la necesidad de sentido no se satisface plenamente, pues son muchas las personas que viven sin encontrar un sentido a la propia vida y presentando un peor ajuste emocional. Describe esta autora las reacciones que, según Yalom (1984), pueden presentar las diferentes personas ante el vacío existencial. Éstas se caracterizan por la presencia de un *espíritu de cruzada* o aventurismo, representado por abrazar de forma compulsiva una causa o actividad, independiente de su valor o contenido, la presencia de *nihilismo*, o incluso la desacreditación de las actividades que los demás lleven a cabo, o la presencia de estado de *aburrimiento*, con indiferencia y apatía que puede llevar a una depresión entre otras, dependiendo de cada persona.

Los estudios sobre esta falta de sentido y la presencia de estados depresivos apuntan a mayores riesgos de depresión en sujetos que presentan un vacío existencial y dentro de los niveles de depresión, son extensas las investigaciones centradas en la desesperanza como punto principal de la patología derivada del vacío existencial (Lukas, 2001; Edwards & Holden, 2003; Hunter & O'Connor, 2003). Soria y cols. (2004) observaron que, cuando se atribuían los acontecimientos vitales negativos a causas incontrolables, aparecían más

fácilmente expectativas de desesperanza y en esta línea, Gallego-Pérez y García-Alandete (2004) encuentran una relación negativa significativa entre sentido de la vida y desesperanza, de modo a mayor vacío existencial, mayor nivel de desesperanza. A la inversa, si el sentido de la vida era hallado por los sujetos, entonces éstos presentaban menores niveles de desesperanza y menor ideación suicida. En los estudios realizados por García Aldantete y cols. (2009) encuentran que el vacío existencial se asocia significativamente a niveles superiores de desesperanza asociándose también con mayor riesgo suicida. Estos autores incluso formulan que la falta de sentido en la vida, el vacío existencial, pudiese ser en sí mismo un predictor del riesgo de suicidio, como lo es el indicador de desesperanza.

Rodríguez (2006) indica en sus estudios sobre el sentido de la vida la existencia de una asociación entre mayor significado vital y menor impacto de situaciones estresantes, lo que favorece la consideración del sentido de la vida como factor protector o amortiguador entre el estrés y sus efectos psíquicos (Reker, 1994; Vickberg et al., 2000; White, 2004). En este sentido, se indica la necesidad de un “afrontamiento creativo”, que favorezca la búsqueda de un sentido positivo a una situación estresante (Reker, 1994) llevando consigo factores flexibles que permitan hallar los beneficios de una situación negativa, bien sea por compararse con los que están peor, imaginar una alternativa peor o sentirse afortunado. Sin embargo, no siempre se halla esta relación entre adaptación a una situación estresante y búsqueda de sentido de la vida. Hay quienes no buscan sentido y sin embargo se encuentran tan adaptadas como quienes lo buscan y otros que lo buscan y no lo encuentran que sufren mayores alteraciones psíquicas que quienes no buscan sentido o entre quienes lo encuentran (Davis, 2000).

Sobre la capacidad del individuo de adaptarse a situaciones adversas, existe otro concepto que podría estar relacionado con el sentido de la vida como estrategia de protección ante las situaciones vitales desfavorecedoras, y que se denomina *Resiliencia*. El término resiliencia procede del latín (Kotliarenco y cols., 1997), *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotarse. Esta palabra también es utilizada para hacer referencia a la resistencia de un cuerpo ante una presión fuerte o un golpe. En psicología, se ha utilizado el término para hacer referirse a la capacidad de adaptarse al estrés, de resistir el sufrimiento y de superar los traumas psíquicos, lo cual permite al sujeto desarrollarse como individuo, a pesar de experiencias de vida (Rew et al., 2001).

Acevedo (2002), refiere que es posible relacionar los conceptos de sentido de la vida y la resiliencia, ya que la logoterapia y la resiliencia tienen en común el reconcimiento de los factores protectores y la transformación de los comportamientos negativos en nuevas posibilidades. La búsqueda de sentido podría ser uno de los factores que generen mayor dureza en los sujetos, siendo un factor clave en el entorno del concepto de resiliencia.

En cuanto a la relación de la resiliencia con la calidad de vida y la salud, Seligman y Czikszentmihalyi (2000), autores pertenecientes a la corriente de la Psicología Positiva, sostienen que la resiliencia contribuye a la calidad de vida siendo además un amortiguador del estrés, que facilita la adaptación y disminuye el efecto de las situaciones conflictivas de la vida de las personas.

Los primeros proyectos de investigación sobre resiliencia se concentraron en el ámbito educativo y en programas sociales, siendo las primeras investigaciones aquellas centradas en individuos con esquizofrenia, personas expuestas al estrés o a la pobreza extrema y sobre el funcionamiento de los individuos que experimentaron hechos traumáticos tempranamente en sus vidas (Cicchetti, 2003). Diversos autores se han

centrado en diferentes características del concepto: Grotberg (1995) afirma que se trata de la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y adaptarse, transformándose a sí mismo. Vanistendael (1995) distingue dos componentes: la resistencia como capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, la resiliencia como capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles. Rutter (1991) por su parte, sostiene que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan adaptarse a un medio adverso (Fiorentino, 2008).

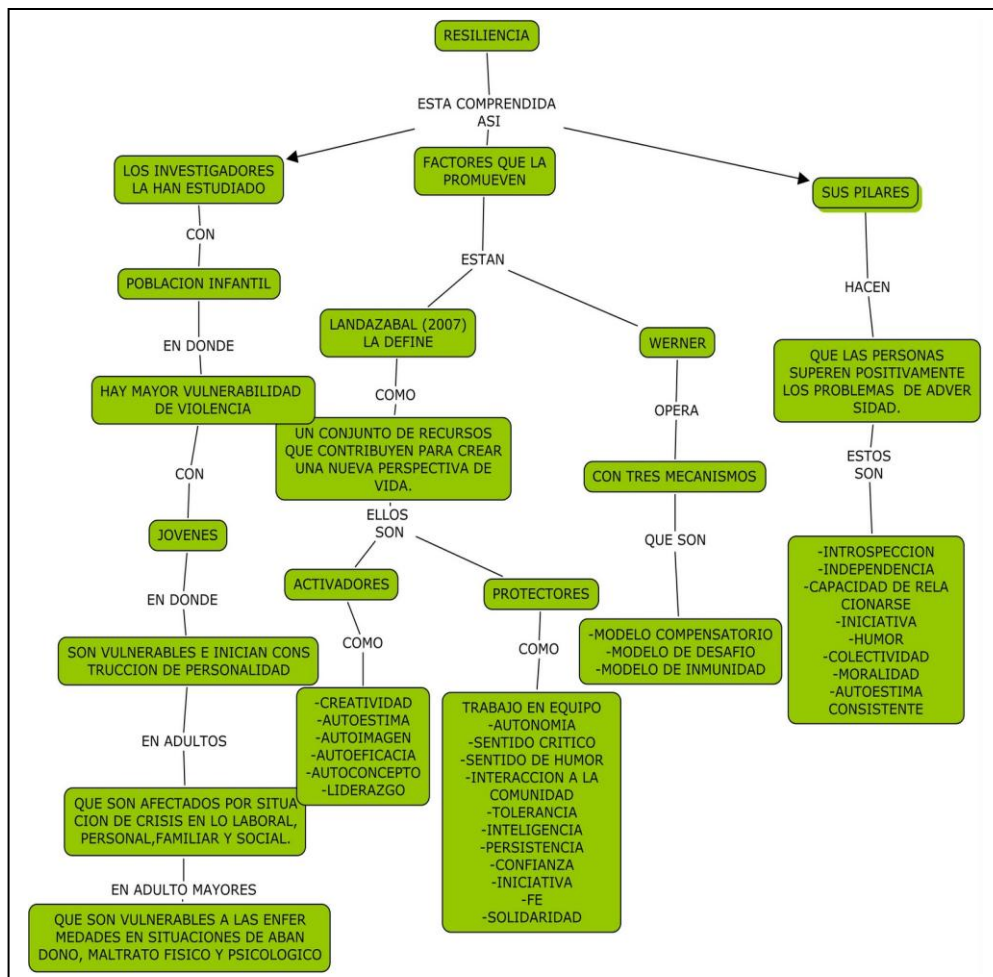


Fig. 14: Características de la resiliencia

En lo referente a la enfermedad, se han desarrollado numerosas investigaciones sobre la influencia favorable de la resiliencia en la recuperación de las enfermedades crónicas, como el efecto de ésta ante el dolor crónico (Zautra et al., 2005; Ong et al., 2010; Sturgeon & Zautra, 2010) en la esclerosis múltiple (Rabkin et al., 2000), en artritis reumatoide (Girtler et al., 2010) o en insuficiencia renal crónica (White et al., 2008). También en este campo de investigación, han surgido un número amplio de investigaciones centradas en la relevancia de las creencias o el afrontamiento espiritual, (Moreira-Almeida, 2006) especialmente en enfermedades crónicas como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, diabetes, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, fibromialgia o esclerosis múltiple, según encontramos en Vinaccia y cols. (2012), encontrando en estas investigaciones una relación positiva entre resiliencia y salud general.

### 5.1.3.- Los propósitos vitales ante la enfermedad crónica

Hacer frente a la enfermedad crónica significa enfrentarse con un diagnóstico inesperado y en función del pronóstico y la adaptación del sujeto a la nueva situación éste puede percibirla de modo diferente, desde un sentimiento de reto o de aprendizaje hasta una perspectiva abrumadora de incontrolabilidad, que le impide seguir con una vida normal lo cual generará sentimientos negativos y una percepción de amenaza al orden y a los significados mediante los cuales los sujetos daban sentido a sus vidas (Freund y McGuire, 1999; Victoria y Rodríguez, 2007). Encontramos en Frankl (2003) una referencia a las enfermedades incurables, donde señala el autor que *“son personas que acuden al médico con la pregunta de si, ante este sufrimiento que no se puede modificar, más aún, que se ha convertido en un destino inevitable, no habrá perdido la vida todo su sentido”* (Frankl, 2003, p. 93).

Si bien una enfermedad puede no tener la misma valoración de amenaza en todas las personas, ni todo el mundo posee los mismos recursos para enfrentarse a ella, Bayés (1998) también resalta la importancia de la percepción de la enfermedad como amenaza en el campo de los propósitos vitales. Así mismo, White, Ritcher y Fry (1992) se centran en la gran variedad de interrupciones en vida y de cambios en el ámbito psicológico que padecen quienes son diagnosticados de una enfermedad que durará toda su vida. Estos cambios incluyen la pérdida de roles sociales y profesionales, cambios en el estilo de vida, problemas con la autoimagen y la autoestima, futuros inciertos y una disminución en los recursos. Por ello, los autores resaltan que la adaptación implica la reorganización y la aceptación de uno mismo para, una vez logrado, poder afirmar que hay un significado y propósito a la vida que va más allá de las limitaciones impuestas por la enfermedad.

Esta misma relación la indica Koenig (2000), al afirmar que los descubrimientos de los últimos diez años, demuestran que la espiritualidad puede promover buena salud y ayudar a enfrentar la enfermedad. Así mismo, está asociada con una mejor salud y calidad de vida, y menor propensión al suicidio, incluso en pacientes terminales (Mueller et al., 2001). Navas y Villegas (2006) indican cómo puede convertirse en una fuente de fortaleza, ya que permite al individuo hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar positiva o negativamente su salud. Esta creencia en la existencia de algo superior que facilita un sentido a la cuestión del significado vital influencia en la salud, no sólo mental, sino también física de las personas, ya que actúa como estrategia de afrontamiento promocionando o impidiendo actitudes facilitadoras del autocuidado y tratamiento.

En el ámbito de la enfermedad crónica, el paciente tendrá que cesar parte de sus actividades, de sus hábitos y de los refuerzos que ha tenido en momentos anteriores, al

respecto, Lukas (1989) sugiere la posibilidad o la necesidad entonces de centrarse, no en las posibles renunciaciones a las que tendrá que hacer frente, si no a las situaciones que ofrecen posibilidades de realización. Es necesario recordar como para Frankl, el sufrimiento y la muerte no quitan el sentido de la vida, sino que agregan nuevas posibilidades de lograrlo, dependiendo de la actitud con que afronte su condición. Los valores de actitud, indican que cuando existe un sufrimiento inevitable siempre queda la posibilidad de elegir la actitud que tomar, es decir, ante un destino que no se puede cambiar, siempre queda elegir cómo soportar lo que le ocurre, dándole la vuelta hacia una dirección más positiva, como el pensar en la posibilidad de la realización personal o la búsqueda de un significado (López y Rodríguez, 2007). En el estudio de los propósitos vitales sobre personas de edad avanzada, Boyle y cols. (2009) encuentran que una mayor puntuación en la escala de propósitos vitales se asocia con un menor riesgo de mortalidad por cualquier causa entre las personas mayores estudiadas. Schuman (1996) resalta incluso que la confianza en el progreso, en la esperanza de que la ciencia pueda solucionar problemas y facilite la recuperación, pueden funcionar como una meta más allá de la propia enfermedad, haciendo que los pacientes puedan continuar luchando a pesar de las decepciones.

En pacientes con diabetes mellitus, las investigaciones llevadas a cabo por Zabala y cols. (2006) y Newlin et al. (2008) afirman encontrar evidencias de que a mayor bienestar espiritual, menor ansiedad en pacientes diabéticos de tipo 2 y mejor control glucémico, sin mediación, al parecer, de otras variables. En la misma línea, Landis, (1996) investigó el bienestar espiritual como un recurso para hacer frente a los efectos de la incertidumbre estudiando el ajuste psicosocial entre 94 personas con diabetes mellitus. Sus resultados refieren una relación negativa entre incertidumbre y el bienestar espiritual existencial,



sugiriendo que el bienestar espiritual puede ser un importante recurso para adaptarse a la incertidumbre existente a largo plazo en la salud como la diabetes mellitus.

En este sentido y siguiendo las conclusiones alcanzadas por Zabala y cols. (2006) el bienestar espiritual puede clasificarse como estímulo positivo a la hora de que los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, tengan la capacidad de afrontar las reacciones emocionales consecuentes con la evolución de su enfermedad y logren, en la medida de lo posible, adaptarse a las condiciones de salud derivadas de su padecimiento. Los niveles altos de espiritualidad, entendidos como medio de autotrascendencia, tiene un significado fuerte en cuanto a que la fe en algo superior, les ayuda a apreciar el sentido de la vida y encauzar su conducta hacia estilos de vida más favorables.

El sentido de la vida, por lo tanto, confiere al sujeto un medio para apoyarse ante las adversidades, le dota de una capacidad que facilita la utilización de estrategias de afrontamiento que facilitan la adaptación a la situación y la aspiración a mantener unos propósitos más allá de la vivencia de la enfermedad, promoviendo además conductas saludables y protegiendo al sujeto de alteraciones en su estado emocional.

## **5.2.- Estrategias de afrontamiento.**

### 5.2.1- Introducción.

En 1986 Lázarus y Folkman definían el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos”* (Lázarus y Folkman, 1986, p. 164). Caver & Connor-Smith (2010) en la misma línea, lo definen como aquellos esfuerzos realizados para prevenir o disminuir la amenaza, daño y pérdida, o para reducir la angustia asociada con una situación estresante. Compas et al. (2001) se refiere a ellos como respuestas

voluntarias que el sujeto escoge para hacer frente a las situaciones, mientras que otros autores lo conceptualizan como respuestas automáticas e involuntarias dentro de la construcción de afrontamiento (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). Sin embargo, la mayoría de las veces se hará referencia a las disposiciones que el sujeto elige a la hora de enfrentarse a las situaciones, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones las acciones comienzan siendo voluntarias y reflexivas para acabar formando parte del abanico de conductas automatizadas que el sujeto pone en marcha sin apenas ser consciente.

Son muchas las categorizaciones que se han realizado sobre los modos de afrontamiento (Caver & Connor-Smith, 2010), de entre ellas uno de los más utilizados son:

*El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción* (Lazarus, 2000). El primero hace referencia a aquella forma en que el sujeto afronta la situación cuando considera que ésta puede modificarse, mientras que el segundo hace referencia a la forma en que actúa cuando no hay posibilidades de llevar a cabo un cambio en el entorno para solucionar el problema (Riso, 2009).

Otra de las categorizaciones es aquella que implica un *acercamiento frente la retirada*. Ésta se refiere a la posibilidad de o bien hacer frente al problema, cuyo objetivo es tratar con las emociones estresantes o bien la posibilidad de retirada o evitación ante la situación estresante, que tiene como objetivo escapar de la amenaza o las emociones relacionadas (Skinner et al., 2003). El hacer frente a la dificultad, incluye tanto el afrontamiento centrado en los problemas como algunas formas de afrontamiento centrado en la emoción: la búsqueda de apoyo, regulación de las emociones, la aceptación y la reestructuración cognitiva. La retirada incluye algunas respuestas de afrontamiento como la evitación, la negación, y la ilusión.

*El afrontamiento centrado en adaptación y el centrado en el significado*, indica los intentos de adaptar o ajustar el factor de estrés, (Skinner et al., 2003; Morling y Evered, 2006). Muchas veces incluye en este apartado, respuestas tales como la aceptación, la reestructuración cognitiva, o la auto-distracción, el participar intencionalmente con actividades positivas (Skinner et al. 2003), mientras que las denominadas centradas en el significado son aquellas en las que las personas se basan en sus creencias y valores para encontrar beneficios en experiencias estresantes (Tennen y Affleck, 2002).

Según Cano García (2007) y Pelechano (2000) sería también necesario diferenciar entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento, considerando el primero en formas estables y consistentes de afrontar el estrés, y el segundo a acciones más específicas. De hecho, como indica Cano García (2007) existen marcos teóricos que unen la visión disposicional que representan los estilos de afrontamiento con la perspectiva contextual que representan las estrategias de afrontamiento. Aunque, como indica el autor, finalmente tanto para investigación como para intervención, en la mayoría de las ocasiones, la noción de estrategia ha sido más utilizada ya que muestra una mayor modificabilidad y capacidad predictiva, frente a la concepción de estilo.

En esta línea, Folkman y Moskowitz (2004), plantean dos etapas históricas en la evaluación de las estrategias de afrontamiento. Un primer momento, en el que aparece la valoración cuantitativa mediante escalas de comprobación, escalas de calificación, cuestionarios e inventarios psicométricos, donde el sujeto describía la situación estresante y calificaba según una escala dicotómica o tipo Likert elementos relacionados con sus propios mecanismos de afrontamiento. De ella surgen prácticamente todas las escalas conocidas como la Escala de Modos de Afrontamiento (Folkman & Lázarus, 1980), destacando el COPE (Caver et al., 1980), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento

(CSI) (Tobin et al., 1989) o el Indicador de Estrategias de Afrontamiento (Amirkahn et al., 1990). Estas estrategias, presentan inconvenientes, tales como tener que recordar hasta el momento del estresor, la excesiva longitud de los instrumentos, o la necesaria restricción del número de estrategias de afrontamiento contempladas (Cano, 2007). En un segundo momento, más reciente, y con el objetivo de mejorar estas deficiencias, se han empezado a utilizar procedimientos cualitativos, como el análisis narrativo, que permite, entre otras cosas, profundizar en el significado individual de la situación, conocer qué estresor se está afrontando o descubrir nuevas formas de afrontamiento no previstas en los cuestionarios.

No obstante, las ventajas ofrecidas por las primeras opciones de evaluación, como son la facilidad en la aplicación en investigación, así como la validez y fiabilidad encontrada en los cuestionarios, permite a Carvers y cols. (1989), crear de uno de los cuestionarios más utilizados para la evaluación de las estrategias de afrontamiento. Estos autores critican que la naturaleza de la diversidad en los estilos de afrontamiento necesitan hacerse un poco más concretas, ya que existen una gran cantidad de respuestas, muy diversas, recogidas en los mismos estilos de afrontamiento y esto dificulta el estudio y el conocimiento de la aplicabilidad de cada una. De este modo, las respuestas centradas en las emociones implican desde la negación, la reinterpretación positiva de los acontecimientos, o la búsqueda de apoyo social y el afrontamiento que se centra en los problemas puede implicar desde la planificación, la acción directa, en busca de asistencia, la detección a cabo otras actividades, o la espera del momento adecuado. Por ello, a la hora de evaluar las estrategias, estos autores las categorizaron en 15 tipos distintos (Caver et al., 1989):

El *Afrontamiento activo*, que hace referencia al proceso mediante el cual se realizan actividades para resolver el problema o al menos disminuir los efectos del estresor. El

afrontamiento activo incluye iniciar acciones directas, incrementar los esfuerzos e intentar hacerle frente a la situación conflictiva mediante acciones escalonadas.

La *Planificación*, se refiere a la manera en que pensamos sobre la manera de hacer frente al problema. Se lleva a cabo mediante la reflexión acerca de los pasos que vamos a dar y la mejor manera de solucionar el evento.

La *supresión de actividades que compiten* en la atención del problema, son aquellas en las que la persona puede suprimir la participación en las actividades que compiten con la situación problema, con el fin de concentrarse más plenamente en el desafío o una amenaza, esto significa poner a un lado otros proyectos, tratando de evitar ser distraído e incluso dejar pasar las cosas, si es necesario para enfrentarse al estresor.

La *moderación*, hace referencia a la esperar del momento adecuado para actuar y en ocasiones es una respuesta necesaria y funcional a la tensión, evitando actuar precipitadamente. Se trata de una estrategia activa en cuanto a que el comportamiento de la persona se centra en hacer frente al estresor, pero también puede observarse desde una perspectiva pasiva, ya que el sujeto en realidad, no debe de hacer nada.

La *búsqueda de apoyo social instrumental*, es decir recurrir a otros por razones como la búsqueda de asesoramiento, asistencia, o información para solucionar los problemas. Se considera parte de los sistemas de afrontamiento centrados en el problema, debido a que es la necesidad práctica de solucionar una circunstancia y no así el buscar acogimiento emocional.

La *búsqueda de apoyo social emocional*, por otro lado, es la obtención de apoyo moral, simpatía o comprensión, siendo un afrontamiento centrado en las emociones.

*Expresión de las emociones.* Centrarse en la angustia y el malestar que uno experimenta y expresarlo puede ser también una forma de afrontamiento hacia el problema, aunque en ocasiones puede no resultar adaptativa si el sujeto centrado en sus sentimientos, deja de lado la búsqueda de solución del problema.

La *supresión conductual*, hace referencia a la reducción del esfuerzo, incluso renunciando al intento de alcanzar los objetivos con los que el estrés interfiere. En ocasiones puede referirse a los sentimientos de impotencia cuando se observa poca probabilidad de mejora.

La *desconexión mental*, sirve para distraer a la persona de pensar en la conducta, en los objetivos o en el problema. El uso de actividades alternativas, soñar despierto, o ver la televisión o ir al cine son algunas de las actividades que los sujetos utilizan para apartar los problemas de la mente.

La *reinterpretación positiva*, es un tipo de afrontamiento centrado en las emociones y su objetivo es adaptación con el propósito de manejar las emociones transformándolas en términos positivos para hacer frente a la situación.

La *negación*, negar que la situación está sucediendo, es controvertido. Aunque en ocasiones minimiza el malestar en un primer momento, puede generar problemas adicionales a largo plazo dificultando otras estrategias de afrontamiento y las conductas necesarias para llevarlas a cabo.

La *aceptación*. Es el hecho de que una persona asuma la realidad de una situación e intente adaptarse y hacerle frente. Es de especial importancia en circunstancias en la situación no es fácil que cambie y lo más probable es que tengan que acomodarse a ella.

La *religión*. En muchas ocasiones es una estrategia de afrontamiento muy importante para algunos sujetos, esta estrategia, incluiría parte de las anteriores al verse como una fuente de apoyo emocional, facilitar la reinterpretación positiva o una técnica de afrontamiento activo.

El *humor*. O la capacidad de hacer chistes o bromas acerca del factor estresor.

El *Consumo de sustancias*. Consumo de alcohol o drogas para hacer frente al estresor.

Además de las variables mediadoras de las respuestas de estrés, existe un conjunto de variables de predisposición personal, relativamente estables, que modulan las reacciones del individuo ante las situaciones estresantes. Estas variables pueden explicar las diferencias individuales en las reacciones de estrés (Sandín, 1995) y son diversas como autoeficacia, optimismo, sentido de coherencia, locus de control, valores, felicidad, etc. (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Aradilla, 2008; Godoy et al., 2009) o incluso proponen que las habilidades de afrontamiento se adhieren en la esfera intrapersonal del sujeto. En este sentido, muchos de los estudios sobre el uso de unas u otras estrategias, han centrado sus esfuerzos en valorar la relación existente entre la personalidad de los sujetos y su influencia en los estilos y estrategias de afrontamiento. Ésta línea, plantea que la personalidad influye, no sólo en las estrategias utilizadas, sino que incluso participa en la exposición a estímulos estresantes, afecta al tipo de estrés experimentado, y las evaluaciones, antes de hacer frente (Vollrath, 2001; Caver & Connor-Smith, 2010). Según Cano y cols. (2007), las asociaciones encontradas entre ambos factores suelen ser las esperadas, encontrando dos perfiles bien diferenciados: uno caracterizado por las personas emocionalmente estables, extravertidas y responsables, que tienden a resolver la situación o cambiar su significado y perciben su afrontamiento como

eficaz, y otro grupo de sujetos inestables e introvertidos, que tienden a retirarse socialmente y perciben poca eficacia en su afrontamiento. Para ilustrar estos resultados, existen algunos estudios como los de Vollrath y Torgersen (2000), quienes encontraron que los sujetos que presentaban alto neuroticismo y baja extraversión, se asociaban con mayor uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales y pocas centradas en el problema. Por el contrario, las personas con alta extraversión y responsabilidad, utilizaron más estrategias centradas en el problema y menos estrategias disfuncionales. Estos resultados son concordantes con otros encontrados, que indican que variables de personalidad como el neuroticismo, además, predeciría la exposición a la tensión interpersonal y la tendencia a valorar eventos con excesiva percepción de amenaza (Penley & Tomaka, 2002; Suls y Martin, 2005; Grant & Langan-Fox, 2007) encontrando en otra variable, la extraversión, escrupulosidad y apertura tenderían a percibir los eventos como retos en lugar de amenazas y hacen más valoraciones positivas sus recursos (Vollrath, 2001; Penley & Tomaka, 2002).

Son varios los estudios que relacionan la personalidad con las estrategias de afrontamiento, sin embargo, no hay que olvidar que, además de estas características predisponentes que la persona pueda poseer, en muchas ocasiones las respuestas a factores estresantes específicos se ven fuertemente influenciados por la situación o el contexto, la percepción que el sujeto tiene de los recursos disponibles y capacidad de control, mediando sobre la forma de actuar del individuo ante las situaciones.

Según Jimenez-Torres y cols. (2012), la relación entre estrés, afrontamiento y salud, es una combinación sistémica, que ha sido objeto de estudio durante largo tiempo. En este sentido, muchos estudios han estado centrados en averiguar qué tipo de estrategia de afrontamiento es más favorable a la hora de presentar emociones positivas y que esto



repercuta en la salud y cuáles de estos estilos son quizás más desfavorables en la calidad de vida de las personas.

Así, algunos estudios indican que la adopción de una estrategia de afrontamiento activa o pasiva puede producir unas consecuencias totalmente diferentes (Doering et al., 2004; Myers et al., 2004; Dekker y Lechner, 2005), encontrándose una mayor adaptación a la situación del sujeto en quienes aplicaban las estrategias activas frente a las pasivas. Figueroa y cols. (2005) en esta línea, han observado una relación positiva y significativa entre el estilo de afrontamiento dirigido a la solución del problema y el bienestar psicológico. Así mismo Folkman y Moscovitz (2000) proponen que el afecto positivo está relacionado con formas de afrontamiento adaptativas, incluso cuando las situaciones a las que el sujeto debe de adaptarse no son las más propicias. Concretamente, encontraron una asociación afecto positivo y estrategias como la reinterpretación positiva y la atribución de significado a acontecimientos ordinarios (Folkman & Moskowitz, 2000). Sin embargo, los resultados no son siempre similares, puesto que otros estudios sugieren que las estrategias de afrontamiento pasivo también serán adaptativas cuando el individuo tenga un bajo nivel de control (Foyle, 1997), o como Carver et al. (1989), muchas veces son útiles en los estadios tempranos del proceso de afrontamiento porque permiten minimizar la reacción emocional de ansiedad y facilitar el afrontamiento, siendo disfuncionales si se presentan por un tiempo muy prolongado, dificultando la asunción de la situación crítica.

Es importante señalar que la estrecha vinculación entre estresor, emoción y salud, aparece no sólo entre población sana, sino obviamente también en quienes se encuentran enfermos, por lo que el estudio de las estrategias de afrontamiento en población enferma es un campo importante de trabajo, ya que averiguar que estilo de afrontamiento favorece las

emociones positivas y funciona como protector de la salud, facilita la prevención y la mejora en la salud tanto mental como física de las personas.

#### 5.2.2.- El afrontamiento ante una enfermedad crónica.

Algunos estudios han centrado sus esfuerzos en conocer la manera en que los estilos de afrontamiento, entendidos como variables que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento o acciones concretas y específicas que la persona utiliza para enfrentarse a la situación, afectan a la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de una enfermedad crónica (Urzúa y Jarne, 2008), considerándolo como un factor mediador importante en relación a la adaptación a la enfermedad (Hyland, 1992) o vinculándolo a variables relacionadas con la salud física o mental (Penley et al., 2002). Sin embargo, aun existiendo un relativo acuerdo en cuanto a que existe una relación entre los estilos de afrontamiento y la enfermedad, no existe un consenso sobre cuáles de ellos se muestran más efectivos.

Según Brown et al. (2000) las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción pueden relacionarse con más facilidad con los diagnósticos en los que el paciente se siente abrumado o cuando conlleva un pronóstico terminal, mientras que las estrategias centradas en el problema, se llevan a cabo en quienes aún son capaces de replantear de manera positiva la situación. La mayoría de las investigaciones indican que los estilos de afrontamiento que con mayor frecuencia han sido asociados con la mejor calidad de vida de los pacientes, son el afrontamiento activo y centrado en los problemas, mientras que aquel que se relaciona mayoritariamente con baja calidad de vida es el afrontamiento evitativo y centrado en la emoción; sin embargo según los autores, estos resultados tampoco son concluyentes (Urzúa y Jarne, 2008). Gunzerath et al. (2001) o Savelkoul et al. (2002) señalan que un estilo de afrontamiento activo estaría relacionado de forma positiva

con la calidad de vida; los mismos resultados se pueden observar en algunos estudios como los de Nicholas et al. (2007) o Van der Zaag- Loonen et al. (2004) que, centrándose en pacientes con intestino irritable, el estilo de afrontamiento centrado en el problema se relaciona con menores niveles de psicopatología. De la misma forma, Martin et al. (2002) encontraron que el afrontamiento activo y el centrado en el problema se asocian con aspectos psicológicos positivos, como una mejor adaptación a la nueva condición de enfermo; mientras que la evitación, las estrategias de confrontación, o de escape se relacionan con aspectos psicológicos negativos, como la depresión y la ansiedad.

Según explican Knowles et al. (2011), la relación que Leventhal et al. (1980) establecen entre la sintomatología presente en las enfermedades, la percepción que se tiene de la misma y la existencia o no de psicopatología, supone el hecho de que cuando una enfermedad se presenta, los síntomas reflejados generan en los pacientes una percepción particular y una interpretación de su enfermedad. A raíz de éstas, los sujetos eligen y ponen en marcha determinados factores de afrontamiento, que a su vez influyen en la aparición o no de problemas psicológicos, como pueden ser la ansiedad o la depresión. Una parte positiva que presenta este modelo es la capacidad de retroalimentación que se presenta en cada etapa y así, es posible también la valoración y evaluación de cada momento, de la misma forma que ésta se hace a dos niveles, el emocional y el cognitivo. Varios estudios han explorado la validez de este modelo en diferentes enfermedades, como el VIH, la diabetes, la artritis, o la hipertensión. Hagger et al. (2003) realizaron un meta-análisis de 45 estudios de utilización encontrando una fuerte evidencia en la capacidad del modelo de predecir las relaciones existentes entre la actividad de la enfermedad, la percepción de la enfermedad, los estilos de afrontamiento y psicopatología. Así mismo entre sus resultados destacan que las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, como la negación, o

la expresión emocional, se asocia con aumento de la ansiedad y depresión, mientras que las estrategias centradas en el problema, como el pensamiento positivo o de planificación, se asocia con reducción de la sintomatología. El apoyo social, ha sido según encontramos en las investigaciones, un recurso íntimamente ligado a la enfermedad crónica. La conservación de las relaciones sociales y el nivel de integración social del paciente es fundamental en su calidad de vida y en numerosas ocasiones, la enfermedad crónica suele presentar un impacto negativo sobre la red social del enfermo y puede generar problemas familiares. Las investigaciones realizadas indican que el apoyo social se relaciona con la calidad de vida del paciente crónico ya que reduce el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes de la situación y contribuye a una mejora en la morbilidad y en la rehabilitación de los enfermos. Hay numerosos estudios que relacionan de forma positiva el apoyo emocional de la familia y el grado de ajuste físico y psicológico en el cáncer (Dunkel-Schetter, 1984) o en pacientes reumáticos (Pastor y cols., 1990, Pastor y cols., 1991), encontrando que la búsqueda de apoyo social e instrumental está asociada a un mejor estado de salud (Rodríguez-Marín, 1993). Más recientemente, Ford (2002) describe que la depresión, como reacción emocional frecuente en los enfermos crónicos al inicio de su enfermedad, ha sido estudiada se relaciona estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social y Rodríguez-Marín (2002) destaca la importancia del sistema de apoyo social para el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo aumentando las capacidades personales y el logro de las metas vitales en los sujetos. Según señalan Vega-Angarita y González-Escobar (2009) los pacientes con diversas enfermedades crónicas que poseen alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social, presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, siendo

más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que real.

En cuanto al estilo de afrontamiento activo frente al pasivo, se encuentra cada vez con mayor importancia la acción del primero frente al segundo en el curso y desarrollo de la enfermedad (Bianconi et al., 2006). En este sentido, Quiceno y Vinaccia (2010) señalan que las estrategias de afrontamiento activas, posibilitan el bienestar físico y mental en los pacientes con enfermedad crónica y que la percepción de la enfermedad y características de personalidad tienen una relación predictiva sobre las estrategias de afrontamiento.

Sin embargo, otras investigaciones no encuentran relaciones significativas entre calidad de vida y estilos de afrontamiento (Carroll, 1999; Frazier, 2000; Rudnick, 2001; Ravindran et al., 2002) o, como Brown et al. (2000), encuentran resultados opuestos, relacionando el estilo activo con una baja calidad de vida. Es cierto que en los estudios existen diferencias también dependiendo el tipo de enfermedad o el estadio en el que se encuentre, en el caso de Brown et al. (2000) la investigación está centrada en pacientes terminales, por lo que quizás el esfuerzo por hacer frente a su enfermedad les genera mayores niveles de cansancio y deterioro de su estado de ánimo o en las investigaciones de Taylor (2003) donde encontramos que, en la primera etapa de la enfermedad, los pacientes tienden a utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento enfocado en la emoción, ya que perciben la situación como un evento que puede ser tolerado, pero que no es susceptible a la acción directa del paciente.

Existen dos posiciones ante el cuestionamiento de la estabilidad de los estilos de afrontamiento; es decir si varían o si se mantienen estables en el tiempo y a través de las situaciones. En este aspecto Paredes (2005) o Ruíz de Alegría y cols. (2009) señalan que es coherente pensar que las estrategias y los estilos de afrontamiento variarán en el sujeto

conforme surjan demandas en la situación, de forma que al adecuar el estilo de afrontamiento al momento de la enfermedad, mejorará la efectividad del mismo, Martin et al. (2002) afirman que las personas enfermas tienden a ser menos flexibles en la elección de las estrategias de afrontamiento y ello, según indican Miller et al. (2000), puede conducir a respuestas de afrontamiento que produzcan una mala adaptación a la situación y así afectar negativamente el tratamiento médico. Finalmente, Paredes (2005), Taylor (2003) y Aldwin (2000) explican que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se produce cuando el sujeto es capaz de aceptar las limitaciones y mantiene un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo. Además es necesario un repertorio de estrategias y estilos de afrontamiento que faciliten la adaptación y asimilación de la enfermedad crónica ya que no todas funcionan de la misma forma en cada sujeto ni en cada situación.

### 5.2.3.- Estilos de afrontamiento en la diabetes mellitus.

La diabetes mellitus, al igual que otras enfermedades crónicas, pueden ser una factor generador de estrés en quien la padece. La forma de afrontar la enfermedad influye en la percepción que se tiene de la misma y por lo tanto, en las actividades y conductas que el sujeto realiza para adaptarse a ella y mantener un tratamiento. Según Petrorius et al (2006) los pacientes diabéticos deben de enfrentarse, además de las situaciones estresantes presentes en la vida cotidiana, con gran variedad de cambios psicológicos y comportamentales que pueden ser potenciales estresores adicionales específicos, incrementando con ello los niveles de estrés y la posibilidad de desarrollar algún tipo de trastorno relacionado con ansiedad o con trastornos del humor. La primera causa que puede generar estrés en un individuo diabético se refiere a la complejidad y las demandas diarias del tratamiento. Hunter et al. (1985) informaron que 92 de los 100 sujetos de su estudio

afirmaron sentir algún grado de estrés con su régimen de tratamiento. El grado de responsabilidad del paciente diabético respecto al manejo de su enfermedad supone una serie de tareas complejas que, además, han de llevarse a cabo en un contexto social cuyas condiciones, en muchas ocasiones suponen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento (Glasgow et al., 1986). Una de las fuentes de estrés más importante la constituye las consecuencias del tratamiento tiene en la vida social del individuo, el estigma de estar enfermo y considerarse diferente a los otros (Méndez Carrillo y Beléndez Vázquez, 1994). Por otra parte, el *miedo a la hipoglucemia* (Snoek et al., 1991), debido a las consecuencias derivadas de las bajadas de glucosa (Gonder-Frederic et al., 1992) y la experiencia previa o vicaria, así como las complicaciones o el conocimiento de las mismas (La Greca et al., 1991; Demas & Wylie-Rosett, 1990) o los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados, son componentes que aumentan el estrés entre los pacientes.

Sin embargo, no todas las reacciones psicológicas son similares y los factores individuales, como la predisposición a alguna psicopatología o las estrategias de afrontamiento influyen en las reacciones emocionales. Numerosos estudios indican que el estrés en la diabetes mellitus tiende a estar presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo del curso y está relacionado significativamente con un peor control glucémico (Peyrot et al., 1999; Guthrie et al., 2003; Polonsky et al., 2005), una peor adherencia al tratamiento y mayor presencia de sintomatología depresiva (Di Matteo, 2004; Ortiz, 2004; Chlebowy y Garvin, 2006; Ortiz, 2006). Se ha visto que las estrategias de afrontamiento tienen un papel mediador fundamental en los resultados emocionales que provocan los agentes estresores (Moos & Holahan, 2003) encontrando que los estilos de afrontamiento basados en las estrategias cognitivas, tales como planificación, resolución de problemas o

reinterpretación positiva, se asocian a una menor presencia de emociones negativas, mientras que las estrategias de evitación, como la distracción o la expresión emocional, pueden aumentar los niveles de estrés y psicopatología ansioso depresiva (Macrodimitri, 2001; Coelho et al., 2003; Grave, 2004). También se ha encontrado relación, según Ortiz y cols. (2011), entre estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento o el control metabólico, siendo peor el resultado en adherencia y control metabólico entre quienes presentaban un estilo de afrontamiento centrado en la emoción (Boland & Grey, 1996; Peyrot et al. 1999) frente a quienes afrontaban conductualmente los problemas (Macrodimitris et al., 2001; Grave et al., 2004; Ortiz 2006)

Así, el apoyo social como estrategia de afrontamiento frente a la enfermedad también ha sido muy estudiada, siendo considerado un medio efectivo para amortiguar los efectos del estrés que supone la enfermedad y su tratamiento (Ponce y cols., 2009) y un factor determinante en la adherencia a los tratamientos para la diabetes, aunque esta última cuestión es más controvertida, encontrando varios estudios que indican que el apoyo social en los pacientes con diabetes y depresión, pueden mejorar algunos de los efectos en la falta de adherencia a la medicación, pero el apoyo social por sí solo no es suficiente (Osborn y Egede, 2012). En lo relativo a la evolución clínica y pronóstico, en esta misma línea, Matínez et al. (2007) encuentran en su estudio sobre afrontamiento en pacientes diabéticos, que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la búsqueda de apoyo social. De la misma forma, en la revisión realizada por Van Dam et al. (2005) sobre las intervenciones sociales en la atención a diabéticos tipo 2, se encuentra que las actividades sociales específicas ayudan al autocuidado y al control de la diabetes.

Sin embargo, algunos estudios indican que la utilización de estrategias de afrontamiento que ayudan a la adaptación, no siempre es lo habitual, encontrando en el



realizado por Almeida y Rivas (2008), que el 48% de los pacientes de la muestra utilizaron estrategias de afrontamiento adecuadas, que incluyen habilidades como resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, mientras que el 52% restantes utilizan estrategias de afrontamiento consideradas inadecuadas como la autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social.

Por todo ello, el estudio de las estrategias de afrontamiento, de las ventajas que puedan presentar unas frente a otras, del momento en que cada una debe de ser utilizada y de las variables que las rodean, son importantes ya que puede prevenir la aparición de problemas psicológicos derivados de una mala gestión de la situación estresante, que en ocasiones desborda los recursos que el paciente tenía hasta el momento y que, en el caso de pacientes diabéticos, puede afectar a los niveles de HbA1c (Peyrot et al., 1999) y a las actividades de autocuidado. En este sentido, Martínez Marcos y cols. (2007) encuentran en su estudio, que la inclusión en los proyectos educativos de habilidades de afrontamiento como planificación y resolución de problemas, autocontrol y búsqueda de apoyo social, podrían mejorar los autocuidados en las personas diabéticas, facilitando, la mejor adaptación del sujeto a la situación y favoreciendo desde la adherencia al tratamiento hasta la mejora en calidad de vida en estos pacientes.

### **5.3.- El pensamiento anticipatorio.**

#### 5.3.1.- Introducción.

Los seres humanos tenemos un sistema innato de ideas que permite la anticipación del espacio, el tiempo, la comparación, la causalidad, finalidad, y una forma de probabilidad subjetiva o propensión, según Lorenz (1977) (Riedel et al., 1992). Así pues, la capacidad de anticipar es necesaria para la supervivencia, y contribuye al éxito de cada organismo, como

consecuencia, los animales y los seres humanos se comportan como si la confirmación de una expectativa hiciera la anticipación más cierta en el futuro, al igual que, si es repetida, conduce a la percepción de la certeza futura (Riegler, 2001). Como señalan Maturana y Varela (1980) un sistema vivo funciona siempre de forma predictiva: lo que pasó una vez volverá a ocurrir, repitiendo aquello que funciona.

La expectativa, como anticipación, también puede definirse como la capacidad de valorar situaciones futuras, asociando una valencia de carácter positivo o negativo. Anticipar significa formular previsiones (Llorca 2010). Sutter y Berta (1991) definieron la anticipación desde la perspectiva psiquiátrica como una característica del pensamiento consciente, que permanece a la espera para liberarse en la acción, como un equilibrio entre las expectativas sobre las propias capacidades del individuo y las circunstancias externas. Las personas aprenden a considerar las acciones como causa de los sucesos y confían en la posibilidad de cambiar las conductas de riesgo, pero la confianza en las consecuencias dependientes de la acción, no supone necesariamente que las personas se consideren a sí mismas como agentes del cambio.

El término expectativa se utilizó por primera vez en el análisis motivacional de la conducta realizado por Tolman en la década de 1930, quien sostenía que las expectativas (el conocimiento de estados de meta futuros y los medios para alcanzarlos) podían determinar la conducta actual. También por la misma época, Lewin (1936) la define desde una orientación más cognitiva, centrándose en el interés por las necesidades psicológicas, más que por las necesidades biológicas. Son los psicólogos cognitivos posteriormente quienes la definen como una *evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta*, que permite a los sujetos predecir la probabilidad de que un acontecimiento aparezca, o no, en función de su experiencia previa (Reeve 1999).

En el momento de definir y categorizar el concepto surge más de una clasificación, siendo Bandura (1977, 1986) quien propuso su conocida distinción entre “expectativas de eficacia” y “expectativas de resultado”. La primera hacía referencia al juicio que un sujeto hace sobre la capacidad de realizar una acción concreta en una situación determinada, antes de llevarla a cabo y la segunda, a las consecuencias que producirá dicha conducta (Reeve 1999), ambas, determinantes causales de la iniciación y persistencia de la conducta. Estas variables se ven influenciadas por muchos factores, como pueden ser la dificultad de la tarea/situación o los factores de personalidad (McFarlin y Blascovich, 1981; Reeve, 1999).

Desde la psicología de la salud, al tratar el concepto de anticipación o expectativa el concepto de resultado ha generado algunos problemas (Villamarín y Sanz, 2004), ya que puede interpretarse bien como rendimiento en la ejecución de una conducta, bien como la eficacia de un procedimiento de intervención para prevenir o controlar un problema de salud. Para evitar este malentendido, Bandura en 1997, precisó que el resultado es algo que se deriva de la ejecución de una conducta; es decir, una consecuencia. Definió tres tipos de consecuencias, y por lo tanto, de expectativas de resultados: físicas (cambios en el propio individuo o en su entorno físico); sociales (reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno) y autoevaluativas (reacciones emocionales ante los propios logros y fracasos y la interpretación que de ellos se haga). Estos tres tipos de consecuencias pueden ser positivas o negativas, se modifican en el grado de importancia que se les concede y poseen un valor variable de probabilidad. El tener en cuenta estos factores, contribuye a la predicción de conductas salutogénicas, ya que hacen referencia al esfuerzo y la persistencia de la persona en la práctica de conductas favorecedoras de la salud.

León Rubio y cols. (2004) en una línea similar a la presentada por Bandura, sugieren diferenciar las creencias de *autoeficacia*, que se refieren a una atribución causal interna, de las

creencias *medios- fines* (expectativas de resultado), que hacen referencia a las consecuencias más probables que producirían las acciones, bien de forma directa o bien de forma indirecta, a través de la autoeficacia percibida. Según Gaviria Gómez y cols. (2007), la autoeficacia puede verse afectada en personas que padecen enfermedades crónicas y relacionarse con alteraciones del ánimo como ansiedad o depresión, debido a que ante la enfermedad como situación estresante, el sujeto puede no poseer las estrategias de afrontamiento adecuadas o no serle útil aquellas que hasta el momento había utilizado y por lo tanto, los sujetos pueden ver que no son capaces de llevar a cabo determinada conducta. Actualmente, en el estudio de la percepción de la eficacia personal ante el afrontamiento de situaciones críticas (autoeficacia) es necesario conocer la percepción que las personas tienen de su enfermedad; en especial la percepción que gira en torno a las dimensiones cognitivas (consecuencias de la enfermedad, duración de la enfermedad, control personal, efectividad del tratamiento, etc.) y emocionales (conciencia de la enfermedad, emociones generadas por la enfermedad, y comprensión de la enfermedad) que tiene una relación directa con la capacidad del individuo de generar conductas protectoras de su salud.

Ahora bien, la anticipación como un concepto integral que funciona como una predisposición a una preparación mental hacia el futuro, es decir íntimamente relacionada con las expectativas (Atkinson et al., 1995) y con la tendencia del ser humano a “avanzar”, es concebido en numerosas ocasiones como un indicador válido de los trastornos del estado de ánimo, con especial énfasis en la depresión (Legéron et al., 1993; Pires et al., 2001). En este sentido, en su aproximación cognitiva a la depresión, Beck et al. (1979) enfatizaron de forma especial las cogniciones anticipatorias al presentar la depresión como una visión negativa de sí mismos, sus experiencias y el futuro, e incluso en base a las expectativas negativas de los pacientes, crea una escala, la *Escala de desesperanza*, cuyo objetivo fue recoger los

pensamientos pesimistas que los pacientes tenían sobre su futuro (Mikulik et al., 2009) y que caracterizaban la desesperanza como entidad.

En una línea similar, en la que relacionaba las expectativas negativas con la presencia de depresión, se encuentran los trabajos realizados por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978, quienes sintetizan que la expectativa de que no existe ninguna respuesta en el repertorio de un sujeto que pueda cambiar una situación negativa, unido a otros factores (como la globalidad de la atribución, la fuerza y la certeza de la expectativa de incontrolabilidad) puede desembocar en la presencia de un estado depresivo. Estos estudios serán los pioneros de la posterior investigación acerca del optimismo y el pesimismo en las personas y sus consecuencias sobre la salud, que serán mencionados más adelante.

Siguiendo con la relación existente entre expectativas y emociones, los trabajos realizados por Legéron, sostienen de forma continua que las cogniciones negativas varían en relación con el estado de ánimo y que en concreto, el paciente deprimido hace predicciones negativas (Legéron et al., 1991; Legéron, 1993). Otras investigaciones, como las de Cavaglia et al. (2001) encuentran también, que en la relación entre las predicciones negativas y la calidad de vida en pacientes con distimia y depresión, éstas discriminan las dos entidades y podrían tener algún potencial predicción nosológica, misma conclusión a la que llega Baptista Santos (2010) quien encuentra que el índice general de depresión se relaciona positivamente con las cogniciones anticipatorias y quien formula también la posibilidad de que las anticipaciones negativas, llegasen a funcionar incluso, como predictor en el diagnóstico de una depresión, idea que ya se había publicado con relación a la menopausia (Diez y cols., 1994).

La percepción positiva del futuro, por el contrario, presenta en los sujetos un importante papel en la determinación y persistencia para dirigir sus metas, en el desarrollo de tareas y en

las experiencias emocionales (Scheier & Carver, 1987), mostrando además más estrategias de afrontamiento centradas en el problema y valorando de forma más positiva las situaciones estresantes. Según estos autores, la disposición optimista como factor estable en el tiempo, podría actuar como moderador de la tendencia a padecer trastornos emocionales. Ortiz y cols. (2002) encontraron que en una muestra de mujeres con y sin patología mamaria, las expectativas positivas de futuro, se hallan correlacionadas de forma negativa con síntomas depresivos, siendo el optimismo un importante factor protector para la salud, que influye en la promoción de estilos de vida saludables y el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas.

Existen numerosas investigaciones que se centran en las cogniciones anticipatorias positivas (Avia y Vásquez, 1999; Carver & Scheier, 2001; Gillham et al., 2001). Al respecto, un nuevo paradigma surge desde la psicología, centrada fundamentalmente en aquellas características que presentan las personas que favorecen el bienestar y la salud, frente al esquema clásico de la psicología, que se ha centrado preferentemente en el estudio de los problemas y en la patología. La psicología positiva, como se ha denominado esta nueva perspectiva, se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2005) y uno de los principales aportes fue establecer que el sentimiento de felicidad o bienestar es bastante estable en las personas, y que está compuesto por una parte fija, relativamente independiente del ambiente en el que se vive, que se puede modificar por circunstancias específicas, pero luego vuelve a su nivel de línea de base (Contreras y Esguerra, 2006). Por otra parte, señala Seligman (2005), las fortalezas de carácter, que son intrínsecas a cada uno, pueden provocar

mediante la práctica, emociones positivas que pueden centrarse en el presente, el pasado o el futuro (optimismo) (Seligman, 2003).

Recientemente Mera y Ortiz, (2012) afirman que existen dos perspectivas teóricas en cuanto a definir el concepto de optimismo se refiere: por un lado, aquella que describe al optimista, como la persona capaz de explicar de forma positiva los eventos que ocurren en el medio (Peterson y Seligman, 1984) y que diferencia, además, la presencia de un Estilo Explicativo Pesimista (EEP), definido como la tendencia a atribuir las causas de los eventos negativos a una causa interna, estable en el tiempo y con un efecto global y un Estilo Explicativo Optimista (EEO), definido como la tendencia a atribuir los eventos negativos a una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y relacionada a un ámbito concreto (Seligman, 1998). Por el otro lado, existe el denominado optimismo disposicional, por el que existe una creencia, una expectativa estable sobre la probabilidad de que ocurran hechos positivos en el futuro (Schneier y Carver, 1985), que está íntimamente ligada al pensamiento anticipatorio positivo. Chico (2002), refiere que estas expectativas positivas generalizadas de resultado, se relaciona, de manera positiva con las estrategias de afrontamiento consideradas como adaptativas (planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, humor, afrontamiento focalizado en el problema y afrontamiento adaptativo) y, de manera negativa, con estilos de afrontamiento desfavorables (centrado en las emociones, negación, distanciamiento conductual, consumo de sustancias y afrontamiento), evaluando las situaciones estresantes como retos en lugar de amenazas (López, Snyder & Rasmussen, 2003; Reivich & Gilham, 2003) y siendo además, los sujetos optimistas quienes presentan mejores habilidades en la resolución de problemas (Diener & Lucas, 1999).

En la actualidad, un gran número de investigaciones apoyan la cuestión de que la variable optimismo se encuentra relacionada de forma negativa con variables como estrés,

ansiedad, ira y depresión (Reivich y Gilham, 2003; Abdel-Khalek, 2006; De Moor et al., 2006; Chico y Ferrando, 2008; Brydon et al., 2009; Vera-Villarroel et al., 2011) mientras que en sentido opuesto, presenta una relación positiva con satisfacción con la vida, autoestima (Vittorio et al., 2009) y bienestar (Lyubomirsky, 2008; Vera-Villarroel et al., 2009). De la misma forma, en lo referente a la enfermedad, se ha observado que quienes padecen una enfermedad y presentan una percepción optimista de ésta, pueden presentar una vida más prolongada, promueven la búsqueda de beneficios y reportan mejor calidad de vida que quienes perciben su condición de manera pesimista (Taylor et al., 2000; Scheier & Carver, 2001; Hart et al., 2008) asociándose también, con una mejor salud física y un enfrentamiento más exitoso a los desafíos de la vida, menos ánimo negativo y comportamientos de salud más adaptables (Solberg et al., 2005). Kivimaki, Elovaino, Singh- Manoux et al. (2005) estudiaron los cambios relacionados con la salud en un grupo de sujetos que habían padecido en la familia un evento significativo de enfermedad o muerte, encontrando que la presencia de síntomas de enfermedad tras el evento fue menor en quienes presentaban altos niveles de optimismo, sugiriendo que el optimismo reduce los problemas de salud y facilita la recuperación de forma más rápida ante sucesos críticos.

Desde un nivel psicobiológico algunos estudios, incluso, apoyan la existencia de una relación entre optimismo y sistema inmune, señalando que frente a situaciones de estrés, el organismo de los sujetos optimistas genera respuestas de inmunocompetencia mejores que las de los pesimistas (Carver et al., 1993; Vázquez, Hervás, Rahona y cols., 2009), al aumentar la actividad citotóxica de células asesinas y el número de células T colaboradoras (Segerstrom, Taylor, Kemeny et al., 1998), mientras que el pesimismo se asocia al efecto contrario (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman et al., 1991). Además, se ha encontrado el optimismo disposicional como un índice de buen pronóstico en pacientes coronarios (Shepperd, Maroto



& Pbert, 1996; Davidson & Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble et al., 1998) y en pacientes diagnosticados de cáncer (Friedman, Weinberg, Webb et al., 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland et al., 2004) sugiriéndose como uno de los posibles mecanismos subyacentes, la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas (Carver et al., 1993; Stanton y Zinder, 1993; Carver y Scheier, 2001; Martinez-Correa, Reyes del Paso, Garcia-Leon y cols., 2006).

### 5.3.2.- Pensamiento anticipatorio en la enfermedad crónica.

Los pacientes con enfermedades crónicas pueden sentirse frustrados porque sus expectativas de llevar una vida normal se ve modificada casi de forma súbita. Es común que se sientan sobrepasados o impotentes ante su situación. La forma en que los pacientes manejen el significado de la enfermedad y la valencia que puedan aplicar a esta, bien en forma positiva o bien de modo negativo, así como la percepción de futuro que tengan, afectará a la forma en que afronten el proceso de la enfermedad y también su adherencia a los tratamientos correspondientes, así como su bienestar y la calidad de vida.

En enfermos crónicos, son varios los estudios que demuestran la influencia positiva del optimismo disposicional, como forma de expectativa positiva hacia las situaciones futuras, sobre el bienestar psicológico y la percepción de la calidad de vida (Schou et al., 2005; Ironson et al., 2005). De esta forma, Vinaccia, Quiceno y cols. (2006) encuentran entre una muestra de enfermos de Lupus eritematoso, esta relación entre niveles altos de optimismo y niveles bajos de ansiedad y depresión. Estos resultados también han sido encontrados en enfermos renales, asociándose el optimismo con un mayor apoyo social y menores niveles de depresión (Symister & Friend, 2003). Igualmente, en un grupo de mujeres con cáncer de mama, se asoció la evaluación positiva de la situación con un estado de ánimo positivo y un crecimiento post traumático (Sears, Stanon & Danoff-Burg, 2003). De la misma forma, los

resultados encontrados por Mara y Ortiz (2012) en una muestra similar, refieren que a mayor nivel de optimismo, las pacientes presentaron mejor salud psicológica, salud social y salud ambiental, al igual que se encuentra que el uso de explicaciones optimistas acerca de los hechos, se ha relacionado con una mayor longevidad en mujeres que habían sufrido un cáncer de mama por segunda vez (Seligman, 1998). En cuanto al cumplimiento terapéutico, estudios como los de Martín, Riquelme y Lechuga (2007) señalan que los indicadores de malestar emocional, como la ansiedad o la falta de optimismo, se asocia con menor adherencia terapéutica. Resultados similares son encontrados con muestras de pacientes con DM1 que indican que las conductas saludables, el no consumo de drogas o tóxicos, la alta expectativa de autoeficacia y el optimismo, se relacionan también con la mayor adherencia terapéutica (Anarte, Machado, Ruiz de Adana y cols., 2009). Asimismo, Fournier, Ridder y Bensing (2002) estudiaron la variable optimismo, definida a través de las expectativas de resultado, expectativa de eficacia y pensamiento irrealista, en tres enfermedades crónicas: la diabetes mellitus tipo 1, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple, encontrando que la expectativa de resultados correlaciona con menor sintomatología depresiva y menores niveles de ansiedad en dichas enfermedades. En una investigación semejante, Roy, Diez-Roux, Seeman et al. (2010) propusieron relacionar el pesimismo-optimismo en siete marcadores de inflamación de la aterosclerosis, resultando el pesimismo una variable relacionada con altos niveles de inflamación, existiendo un aumento de esta relación cuando, además, se presenta comorbilidad con otras enfermedades como la diabetes mellitus e hipertensión.

En los estudios sobre la diabetes mellitus las investigaciones sugieren que los pacientes con diabetes tipo 1 más optimistas, presentan expectativas positivas respecto a la eficacia potencial del tratamiento y un mayor auto cuidado (de Ridder, Fournier & Bensing, 2004), e incluso, se ha sugerido que el optimismo puede tener efectos directos en la reactividad

cardiovascular, que pudieran desempeñar un papel importante en el control metabólico y el desarrollo de las complicaciones crónicas de la enfermedad (Silva, Pais- Ribeiro y Cardoso, 2004). La percepción de que los sucesos futuros serán positivos, parece desempeñar un importante papel en la adaptación de la enfermedad (Fournier, de Ridder y Bensing, 2003). De la misma forma, la representación que los pacientes tengan sobre su enfermedad, guiará las decisiones relacionadas con el autocuidado y la adhesión al tratamiento (Horne, 1998). Igualmente, la sensación de autoeficacia, referida como las habilidades que la persona posee para poder llevar a cabo los tratamientos indicados y las expectativas de resultado, como la creencia sobre los efectos que estos comportamientos tendrán en el control de la diabetes, son variables relacionadas con el ejercicio físico, la dieta y otros aspectos del autocuidado (Hurley y Shea, 1992; Gooley & Wilson, 1993 citados en Vazao, 2008). Todas estas variables intervienen en la percepción que el sujeto tiene de su enfermedad y de las consecuencias futuras que tendrá en su vida. El pensamiento anticipatorio y las expectativas de futuro, la forma en que los pacientes valoren su enfermedad, y la idea que tengan de cómo podrán manejarla en el futuro, de su capacidad de actuación en el gobierno de esta, así como la perspectiva que tengan de la evolución de la enfermedad, son factores importantes a tener en cuenta en el estudio y tratamiento de la enfermedad, ya que influenciarán en las estrategias y acciones que el paciente lleve a cabo para mantener la salud y prevenir las complicaciones, y en la afectación o no de su estado psicológico. Actualmente, tanto la prevención de la alteración de los estados alterados del ánimo, como el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas adquieren cada vez mayor importancia en el control de las enfermedades crónicas, pues si ambos factores no se tienen en cuenta, la posibilidad de eficacia del tratamiento prescrito disminuye y aumentan los costos de la asistencia sanitaria (Ginarte y Arias, 2002; Katon et al., 2010).







## **6.-EL ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA**

En los últimos tiempos, se ha producido un incremento notable en la posibilidad de acceder a la investigación de prácticamente todas las disciplinas científicas y con ello, la creciente disposición a la documentación y la comunicación de resultados. Ante la imposibilidad de controlar, en un momento preciso, esta ingente cantidad de información, surgen las herramientas que permiten realizar los estudios bibliométricos. Así pues, nace la bibliometría como una parte de la ciencia que aplica métodos matemáticos y estadísticos a toda la literatura de carácter científico y a los autores que la producen, con el objetivo de estudiar y analizar la actividad científica.

Estos métodos, permiten conocer el curso de una disciplina por medio del análisis de las distintas facetas de la comunicación escrita. Se centran en el conocimiento sobre la productividad (autores o revistas que se muestran más activos en la realización de determinada literatura científica), colaboración (coautoría y autores por documento), el análisis de las materias, la demanda de información y el impacto de los trabajos publicados, aportando una visión global del estado actual del problema a investigar.

Por este motivo, con el objetivo de acercarnos al estado actual del problema de nuestra temática de trabajo, hemos optado por la realización de un análisis bibliométrico, usando como límites aquellos descriptores acordes con las variables a analizar, para valorar el estado y la productividad científica sobre nuestro tema y observar si el diseño era adecuado.

La búsqueda bibliométrica se realizó a través de tres buscadores para documentos científicos:

- ISI *Web of Knowledge* (WoK), una base de datos que incluye principales publicaciones científicas de cualquier disciplina del conocimiento originaria del Institute for Scientific Information (ISI).
- *PubMed*, proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) que permite el acceso a bases de datos bibliográficas del ámbito de la medicina y la salud.
- *PsycINFO*, la base de datos de la American Psychological Association (APA), que contiene material sobre las ciencias del comportamiento y la salud mental.

Las acotaciones temporales se centraron en los últimos 12 años (2000-2013), ante la amplitud del material encontrado. Para llevar a cabo la actividad, se realizaron sucesivas búsquedas introduciendo como palabras clave (MeHS) “diabetes, Type 2” y “depression”, en el Wok; “diabetes mellitus, Type 2” y “depression” en PubMed; y “diabetes mellitus” y “depression” para el PsycInfo, en función de los requisitos, para poder obtener los datos en relación a nuestro objetivo del estudio.

En primer lugar, dentro de la ISI *Web of Knowledge* (WoK), podemos observar una producción científica de 1523 resultados. Para comprobar la evolución de la productividad a lo largo de los últimos 12 años, analizamos el número de publicaciones por año, incluyendo el 2013 aunque valorando que en el momento de la búsqueda no había concluido.

En la figura 15, se puede comprobar que la investigación con respecto al estado de ánimo de los pacientes diabéticos ha ido en creciente interés, apreciándose un aumento en



las publicaciones encontradas en referencia al tema, hasta obtener en 2012 más de 240 publicaciones.

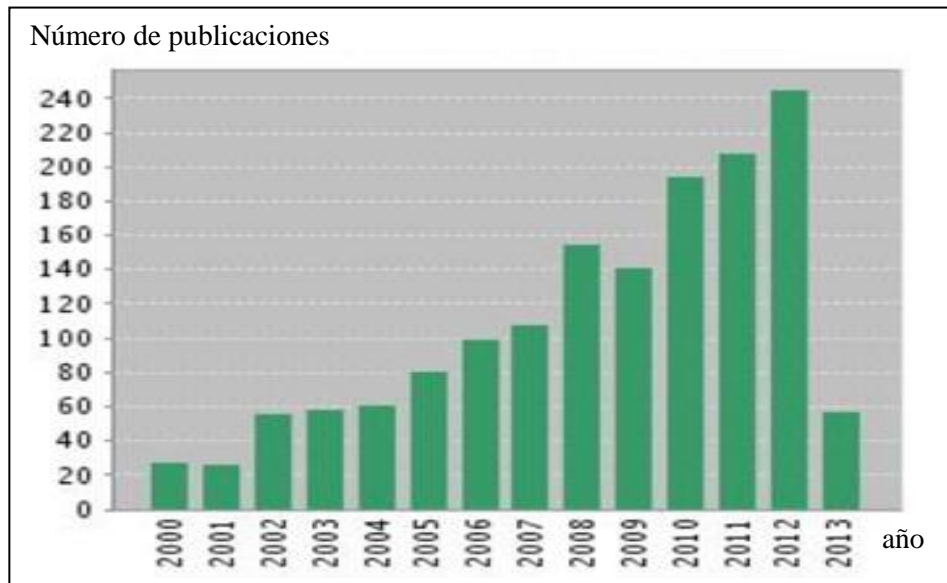


Fig. 15: Número de publicaciones por año (WoK),

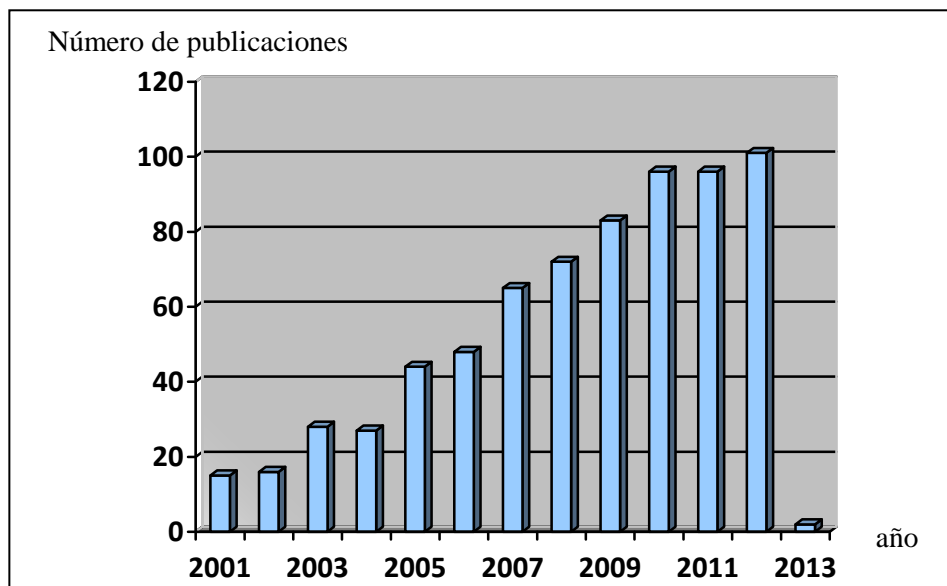


Fig. 16: Número de publicaciones por año (PubMed)

Desde el buscador *PubMed*, el número de publicaciones totales sobre diabetes y depresión es de 708. Su distribución a lo largo del tiempo, entre los años 2000 y 2013, se encuentra reflejada en la figura 16. Al igual que observamos a través del buscador de

Wok, las publicaciones han ido creciendo de forma progresiva conforme pasan los años en esta última década, desde 15 resultados en el 2001 hasta más de 100 en el 2012.

Si analizamos, por último, los resultados encontrados a través del tercer recurso, *PsycINFO* de la American Psychological Association (APA), observamos que las publicaciones encontradas son 403 y su distribución en la última década se representa en la figura 17.

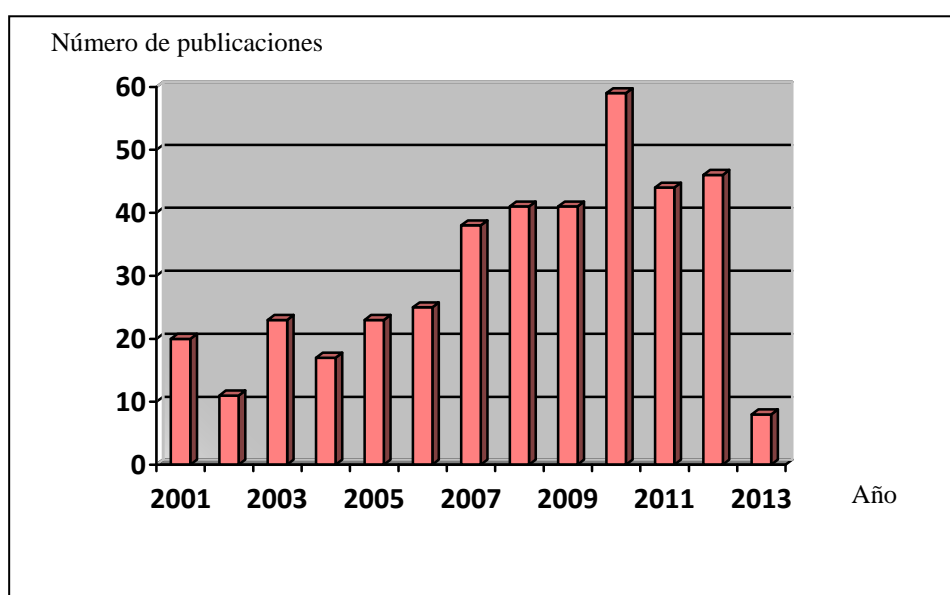


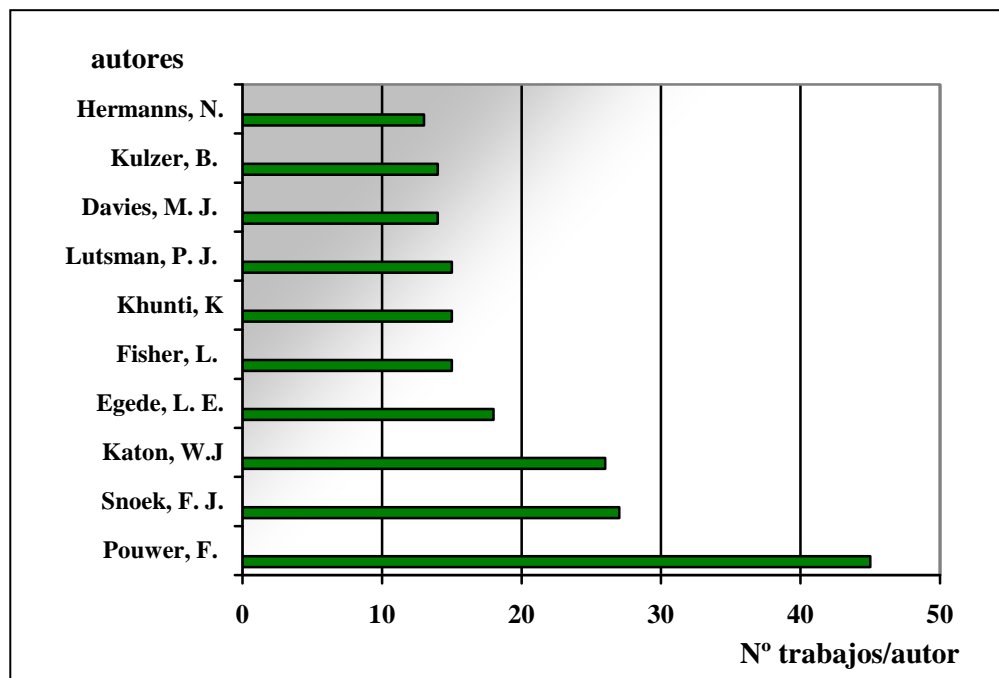
Fig. 17: Número de publicaciones por año (PsycINFO)

Al igual que en los casos anteriores, el aumento en las publicaciones referentes a depresión y diabetes ha ido en alza desde el 2000 hasta el 2013. Si bien, en este buscador el número de publicaciones es menor que las encontradas con las anteriores herramientas.

Este aumento en la investigación y el alto número de publicaciones, puede estar ligado a que actualmente es una de las enfermedades con mayor prevalencia y repercusión socio-sanitaria, dado los gastos de tratamiento en la diabetes, se considera una de las principales partidas presupuestarias que deben asumir las sanidades públicas, por lo que la investigación sobre la enfermedad y su prevención, adquiere mayor interés. Este gasto

farmacéutico también pudiera ser el responsable de la mayor cantidad de publicaciones encontradas en los buscadores relacionados con el área de medicina y salud, en comparación con el buscador perteneciente al área de la psicología, en donde aunque numerosas, es menor el número de publicaciones que en los otros dos.

Posteriormente se analizaron qué autores habían sido más productivos a lo largo de estos últimos 12 años, aportando una mayor consistencia a la temática. En primer lugar, nos centramos en el buscador Wok (Fig 18):

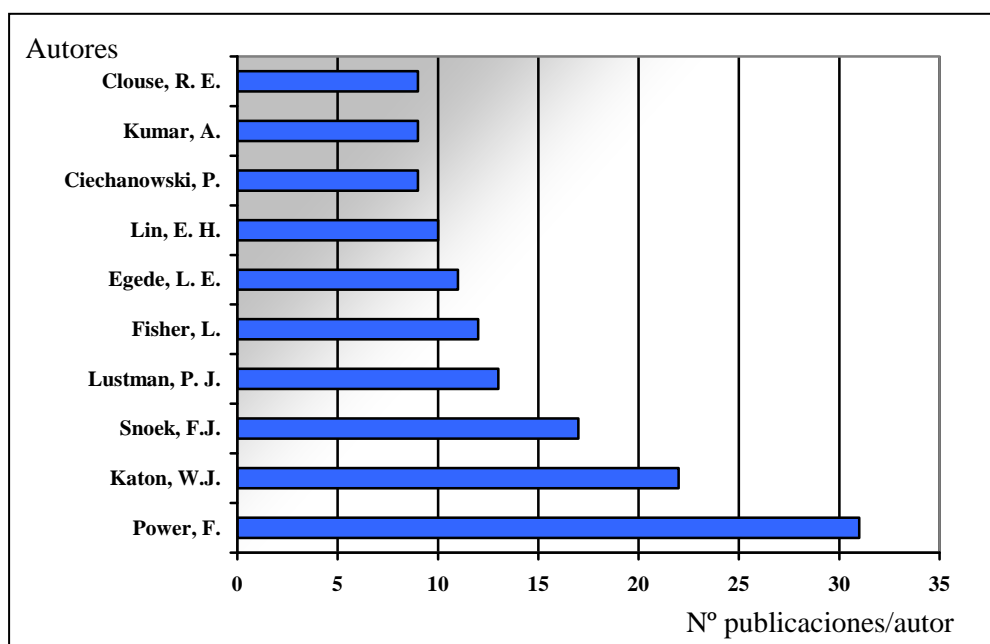


**Fig. 18: Productividad por autores (diabetes y depresión) (Wok)**

El autor que más publicaciones ha realizado en torno al tema, es F. Pouwer, que pertenece al Grupo de Investigación sobre Diabetes de la *University Medical Centre* de Amsterdam (Holanda), quien ha colaborado con 45 publicaciones sobre el tema. Otros autores importantes son F. J. Snoek, profesor de Psicología Médica y director del grupo de Investigación sobre Diabetes de la misma Universidad (*University Medical Centre*) con 27

y ya con menor número de publicaciones, W. J. Katon, del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Washington (Estados Unidos) y L. E. Egede profesor del Departamento de Medicina Interna de la *Medical University* de Carolina del Norte (Estados Unidos), entre otros.

La productividad por autores desde PubMed la encontramos en la siguiente figura 19, donde podemos observar resultados similares.



**Fig. 19: Productividad por autores (diabetes y depresión) (PubMed)**

En este caso, el autor más prolífico en publicaciones en referencia a nuestra temática, es de nuevo F. Pouwer, con 31 publicaciones, seguido por W. J. Katon, con 22 publicaciones y F. J. Snoek, con 17.

A continuación, a través de PsycInfo (Fig.20), obtuvimos que W.J. Katon, es el autor más prolífico sobre la temática con 13 publicaciones, a continuación P. Ciechanowski, del departamento de Psiquiatría y Ciencias del comportamiento de la Universidad de

Washington, con 9 publicaciones, F. Pouwer, con 8 y L. E. Edege con 6. Como vemos, algunos autores son coincidentes en los tres buscadores, lo que aumenta su productividad.

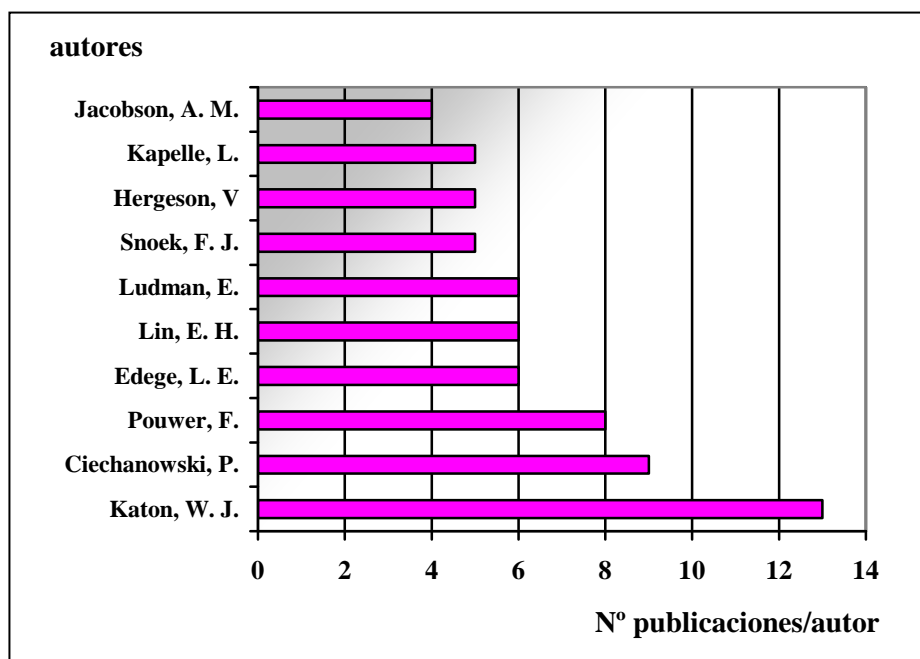


Fig. 20: Productividad por autores (diabetes y depresión) (PsycINFO)

Centrándonos en la productividad por revistas, podemos observar que la mayoría pertenecen a campos especializados en la patología de estudio, en medicina psicosomática o en psiquiatría, sobre todo cuando nos centramos en los buscadores Wok y Pubmed.

Si observamos en el buscador Wok (Fig. 21) las tres primeras, *Diabetes Care*, *Diabetic Medicine* y *Diabetología*, superan los 222 artículos con estas palabras clave. La más destacada es la revista *Diabetes Care*, editada por la Asociación Americana de Diabetes bajo la dirección de W.T. Cefalu y que presenta un factor de impacto de 8,1 y es la responsable de 116 artículos (el 7,6% del total de los artículos), seguida con 62 artículos por *Diabetes Medicine*, editada por G.A. Hitman, en el Reino Unido, y con menor factor de impacto, comparada con la anterior (2.902) y *Diabetología* revista perteneciente a la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y factor de impacto de 6.814.

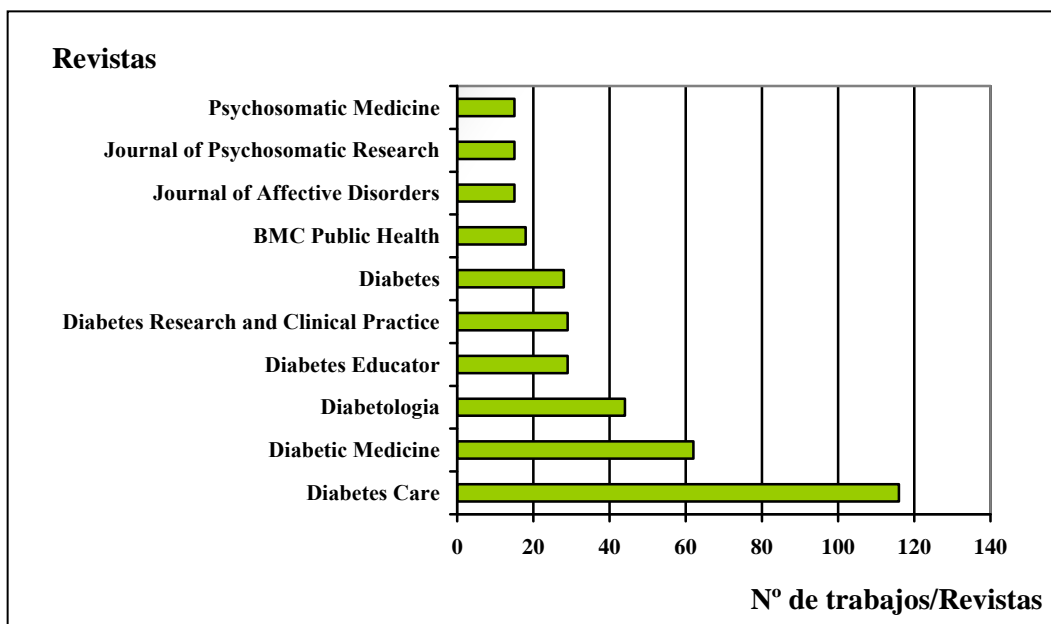


Fig. 21: Productividad por revistas (diabetes y depresión) (Wok)

Si analizamos los resultados encontrados en Pubmed (Fig. 22), observamos resultados similares, si bien varía la tercera posición en productividad por revistas:

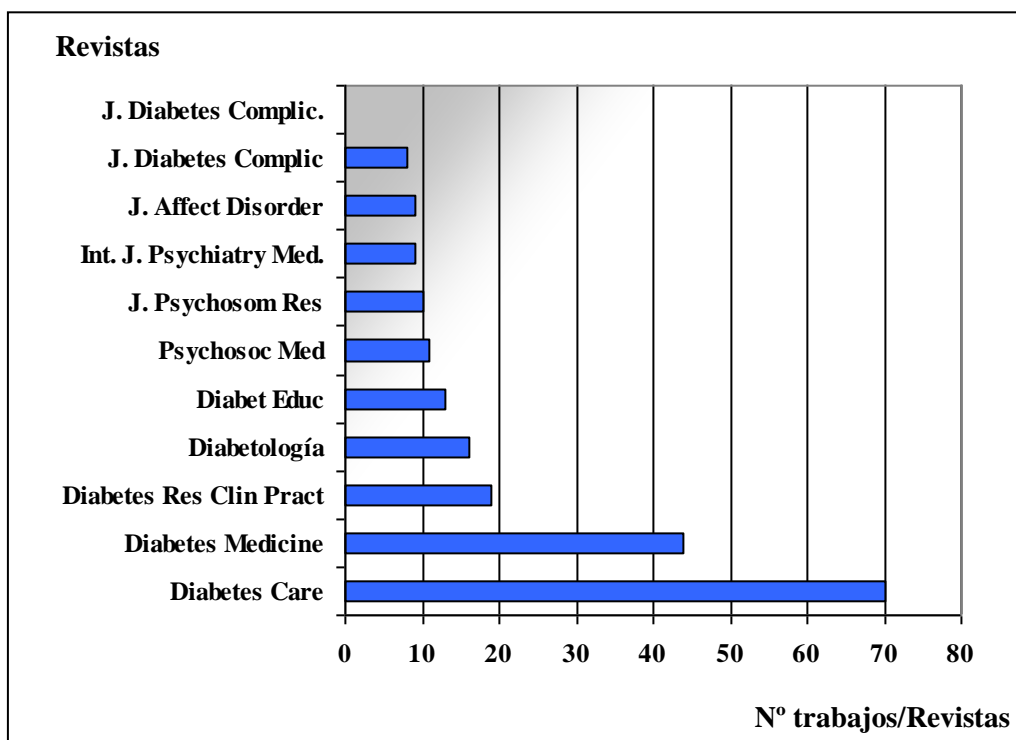


Fig. 22: Productividad por revistas (diabetes y depresión) (PubMed)

Por último, acudimos a PsycINFO (Fig. 23), el buscador perteneciente a Asociación Americana de Psicología, en el que encontramos algunas diferencias respecto a los anteriores. Descubrimos que la revista con mayor número de publicaciones, 12 artículos respecto a la temática, es *The Diabetes Educator*, revista multidisciplinaria que lleva en activo desde 1980 y cuyo editor es J. Fain. Su factor de impacto de 1.959. A continuación, *General Hospital Psychiatry* con 10 publicaciones, cuyo editor es W. Kayton, autor, como hemos visto de varias publicaciones sobre el tema (13 según esta base de datos) y que tiene un factor de impacto de 3.16, y *Patient Education and Counseling*, revista interdisciplinar editada por A. Finset, con 10 artículos publicados.

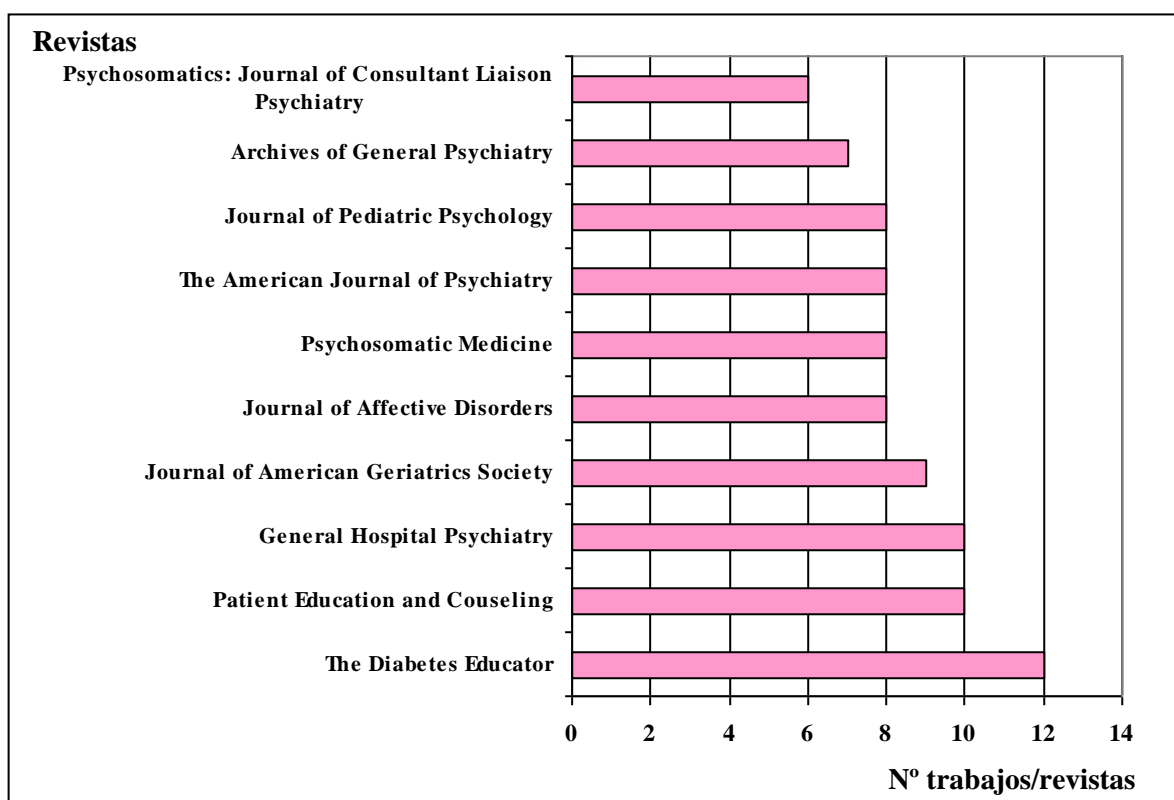


Fig. 23: Productividad por revistas (diabetes y depresión) (PycINFO)

Con respecto a los idiomas en los que se llevan a cabo las publicaciones, los resultados indican que, según Wok, el inglés es el idioma más utilizado (1439 artículos),

concretamente en el 94,4% de las publicaciones; alejado queda el siguiente, que es el alemán con 30 artículos y el español, con 22 (Fig. 24):

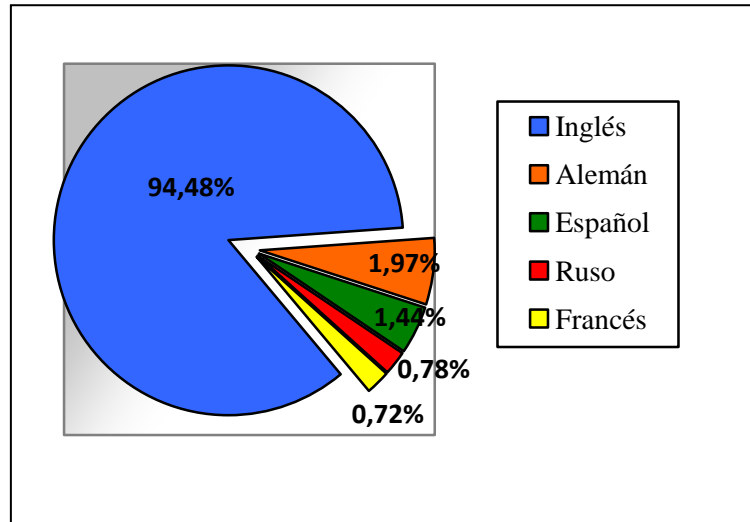


Fig. 24: Idioma de las publicaciones (diabetes y depresión) (Wok)

En PubMed, es igualmente el inglés el idioma que sigue destacando entre los otros (657 artículos) y, de nuevo, el alemán sigue siendo el segundo (20 artículos), el ruso con 10 artículos quedando y el español en quinto lugar con 4 artículos publicados (Fig. 25):

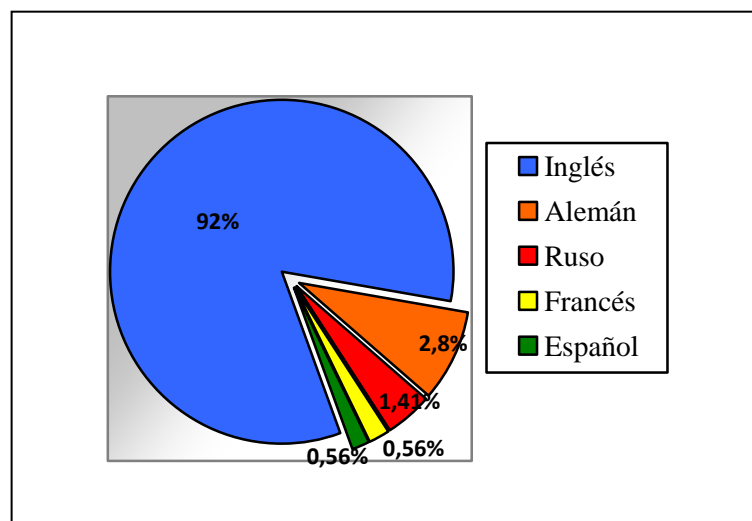


Fig. 25: Idioma de las publicaciones (diabetes y depresión) (PubMed)



Por último acudiendo a PsycINFO, observamos que es nuevamente el inglés (367 artículos) y el alemán (9 artículos), los primeros idiomas, seguidos curiosamente del turco (9 artículos) y el español en cuarto lugar (5 artículos) (Fig. 26):

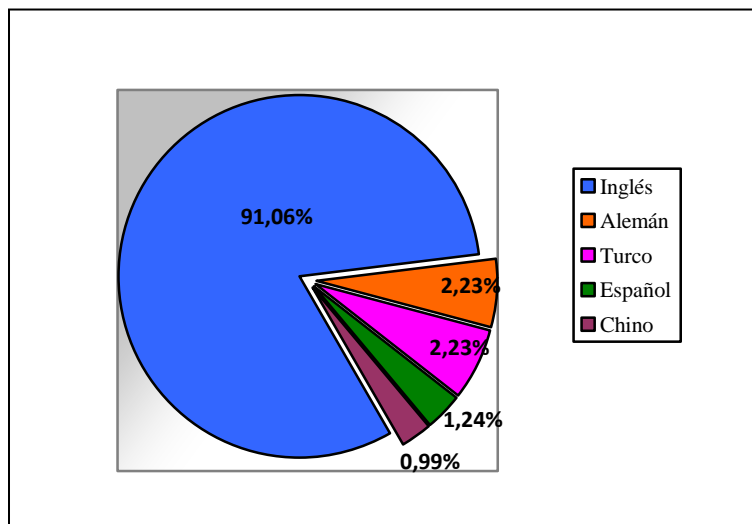


Fig. 26: Idioma de las publicaciones (diabetes y depresión) (PsycINFO)

Por último, analizamos también las palabras clave más utilizadas en los trabajos encontrados y que reflejan las variables con mayor interés. Escogimos los 10 descriptores más frecuentes, obviando las palabras idénticas a nuestros descriptores, como *depressive disorder* o *diabetes*, y aquellas que resultan genéricas, como *human*, *male* o *female*.

Realizamos esta búsqueda a través de los dos buscadores de diferentes áreas, PubMed y PsycInfo para ver cuáles son las palabras clave y por tanto las áreas más estudiadas en ambos campos (ciencias médicas y ciencias del comportamiento) en referencia a nuestro tema. Los resultados podemos observarlos en las figuras 27 y 28.

Si nos centramos en Pubmed, encontramos que destacan la palabra *Middle Aged* y *Psychology* con el mismo número de apariciones, lo que nos refiere la idea de la

importancia concedida a la enfermedad en la edad adulta y las implicaciones psicológicas asociadas a la enfermedad y a la aparición de depresión en los pacientes

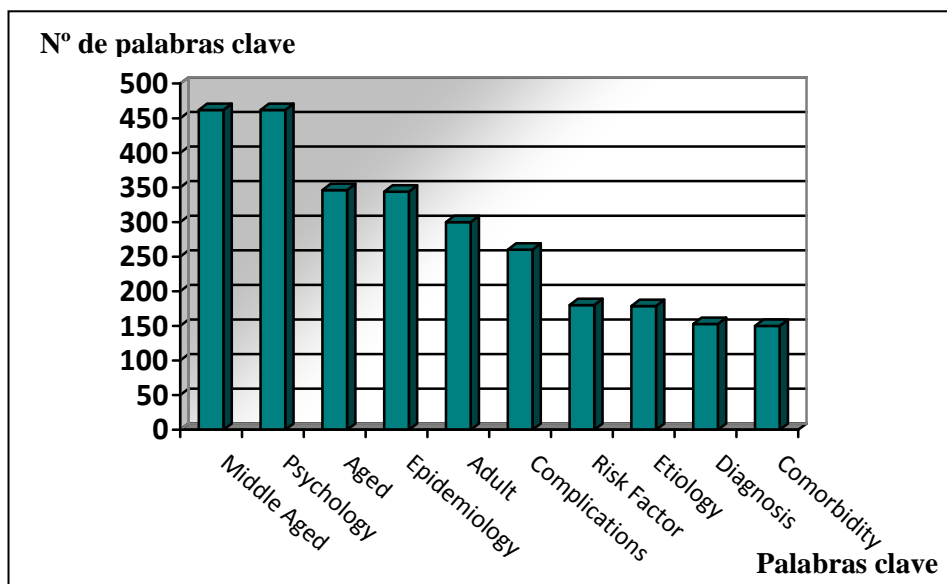


Fig. 27: Palabras clave (diabetes y depresión) (PubMed)

También habría que resaltar la relevancia, en una base de datos de estas características, de temática relacionada con la epidemiología y las complicaciones derivadas de la enfermedad, que son objeto de interés en el estudio de la diabetes y sus consecuencias en el estado de ánimo.

Si analizamos las palabras clave a través de la base de datos de PsycInfo, veremos que en ella (Fig. 28), destaca el término *Physical & Somatoform & Psychogenic Disorders* (trastornos físicos, somatoformes y psicógenos) y *Psychological & Physical Disorders* (trastornos psicológicos y físicos), lo que nos puede indicar la preocupación derivada de la asociación de esta enfermedad con componentes psicológicos que pueden afectar a su inicio o su gravedad.

Es de resaltar que las variables independientes estudiadas en nuestro trabajo, que son el afrontamiento, el sentido de la vida o el pensamiento anticipatorio, parecen ser

originales porque apenas hay publicaciones con estas palabras clave. Encontramos en PsycINFO 18 referencias al afrontamiento, como variable de estudio asociada al apoyo social, depresión o ansiedad (coping behavior, psychosocial adjustment, anxiety, depression, psychological disorders). Sin embargo, si analizamos variables relacionadas con las nuestras cómo optimismo, resiliencia o espiritualidad en relación con la enfermedad y la depresión (resilience, spirituality and depressive symptoms, type 2 diabetes), encontramos algunos resultados, pero que no alcanzan las 10 referencias.

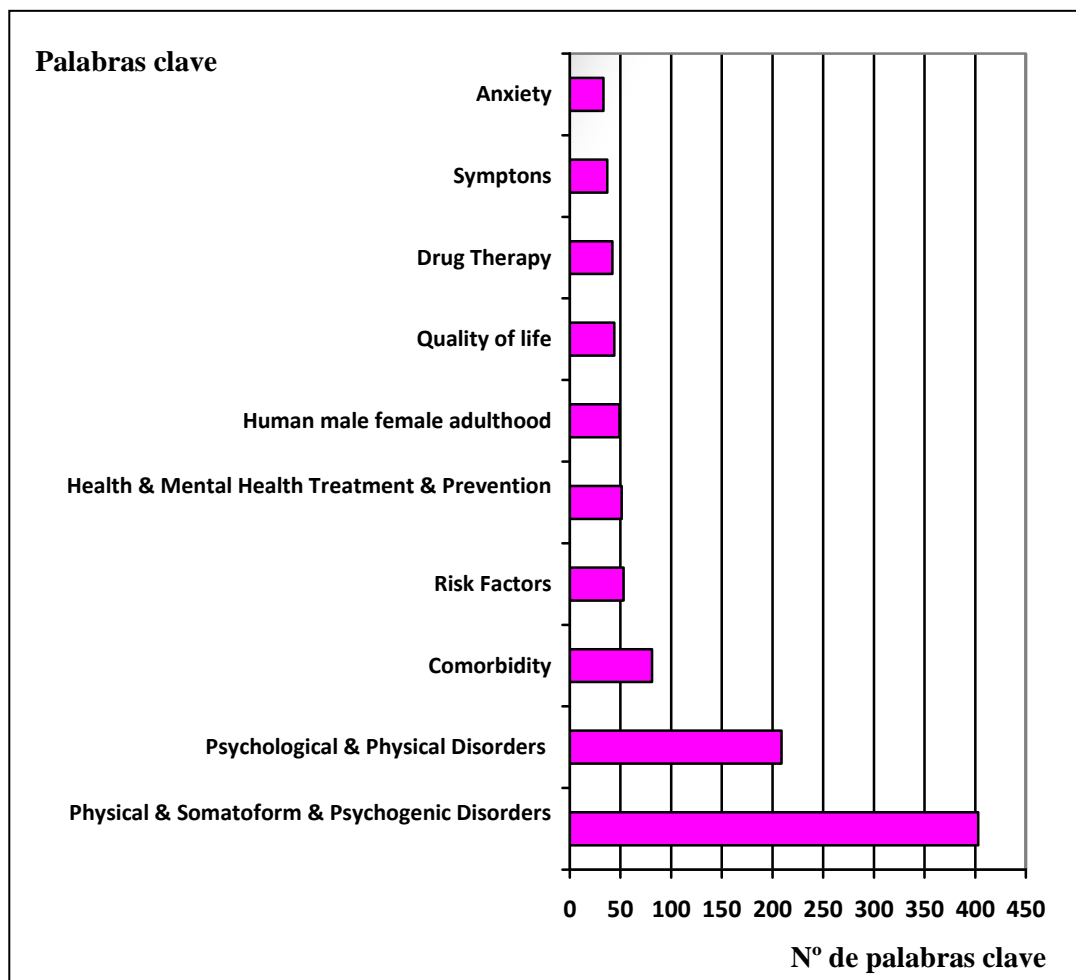


Fig. 28: Palabras clave (diabetes y depresión) (PsycINFO)

Finalizamos el recorrido a través del cual hemos centrado el estado actual del problema, observando que el interés por el tema parece verse reflejado de una forma

relativamente reciente, existiendo una tendencia creciente a abordar la cuestión de forma objetiva y ofreciendo a la población objeto de estudio, los pacientes con diabetes mellitus, una atención que es muy necesaria.

El aumento de la epidemiología prevista para el futuro, requerirá una ampliación de la investigación y un abordaje aún mayor de esta enfermedad y de las variables psicológicas mediadoras entre su diagnóstico y la aparición de psicopatología con el objetivo de evitar posibles complicaciones que dificulten el tratamiento y aumenten los costes sanitarios de esta enfermedad.





## **7.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo general de nuestro trabajo fue:

*Estudiar el efecto que sobre el estado de ánimo tienen variables como el sentido de la vida, el pensamiento anticipatorio o el afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.*

Este objetivo general, planteado en los inicios del trabajo, quedó plasmado operacionalmente en las siguientes hipótesis estadísticas:

### **Primera hipótesis**

*Los sujetos que evidencian más vacío existencial tienen mayor vulnerabilidad a presentar psicopatología depresiva.*

### **Segunda hipótesis**

*La anticipación negativa provocará en el individuo tendencia hacia la depresión, independientemente del cumplimiento del tratamiento, el sexo y la edad.*

### **Tercera hipótesis**

*Las estrategias de afrontamiento utilizadas ante una enfermedad crónica, como la diabetes, influyen en el estado de ánimo de los pacientes, siendo los estilos activos protectores frente a la sintomatología depresiva.*









## **8.- METODOLOGÍA**

### **8.1.- Muestra**

La muestra se seleccionó en el Centro de Salud “Los Castros” de Santander, perteneciente al Área 1 del Servicio Cántabro de Salud, a lo largo de los años 2010 y 2011. Previamente se había solicitado a la Gerencia y a la Dirección Médica de Atención Primaria del Servicio, la autorización para llevar a cabo la selección de los sujetos, que fue realizada mediante un muestreo al azar intencionado.

#### **8.1.1.- Criterios de inclusión**

Para la selección de los sujetos participantes en la investigación, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Sujetos de edad superior a 18 años.
- Diagnosticados de diabetes tipo 2.
- Sin enfermedad concomitante que interfiriese en el estudio, como por ejemplo: Esclerosis múltiple, neoplasias, SIDA, demencias, enfermedad mental que le impida realizar las pruebas (esquizofrenia, psicosis, retraso mental, etc.), enfermedades del Sistema Nervioso (como parálisis cerebral o enfermedades degenerativas), paraplejías y tetraplejías, hepatitis, accidentes cerebrovasculares con daño cognitivo grave, amputaciones, enfermedad de Crohn, ceguera o sordera.

## 8.1.2.- Descriptivos de muestra

Tras el proceso de selección la muestra quedó conformada por 126 sujetos, con una media de edad de 70,37 años y desviación típica de 10,20. El rango oscilaba entre los 38 años de la persona más joven, a los 92 años de la más anciana. La distribución de esta variable queda expuesta en la figura 29:

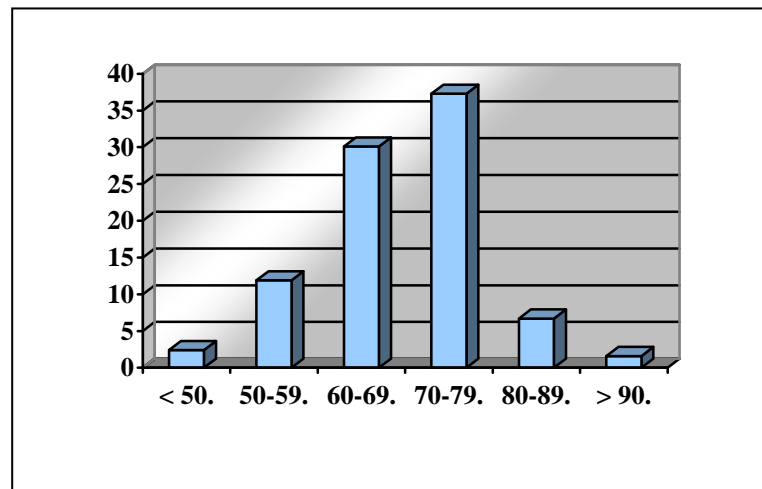


Fig. 29: Edad

Como puede apreciarse en la figura 28, la variable edad adopta una distribución de frecuencias asimétrica negativa ( $As = -0.46$ ) y una curtosis ligeramente positiva ( $C = 0,07$ ).

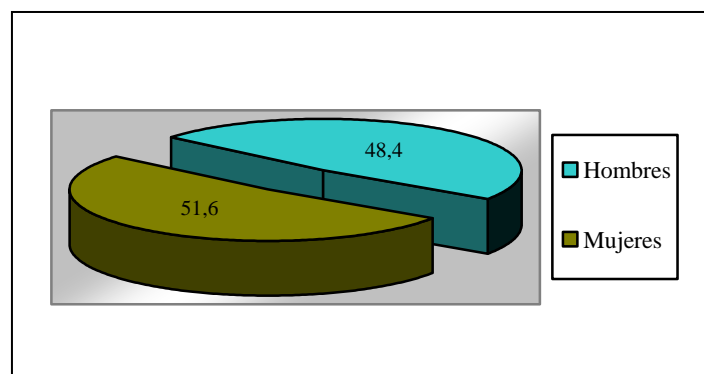


Fig. 30: Sexo

En cuanto al género, los sujetos se distribuían de forma bastante equilibrada, ya que el 51,6% eran hombres y el resto (48,4%) mujeres (Fig. 30).

Con respecto al estado civil, el porcentaje más alto es el de casados (68,3%), presentándose los viudos en un 19,8%, y ya en porcentajes mínimos están los solteros y los separados/divorciados (Fig. 31).

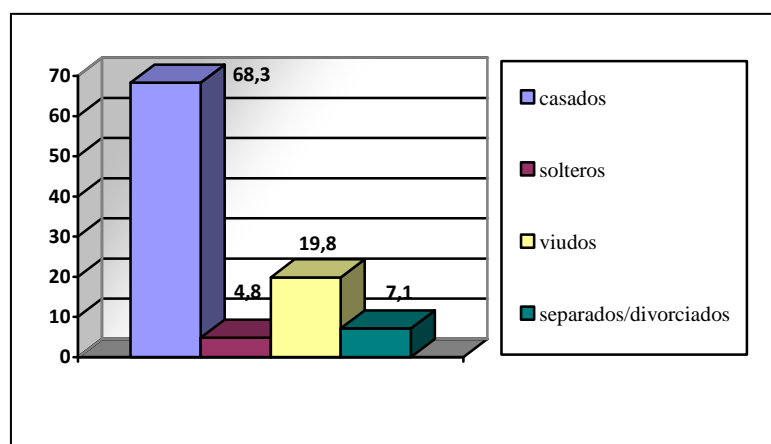


Fig. 31: Estado civil

El estado laboral de los sujetos de la muestra, se repartió entre un 62,7% de jubilados, un 10,3% de sujetos en activo y un 4% que en el momento de la investigación se encontraban en paro (Fig.32).

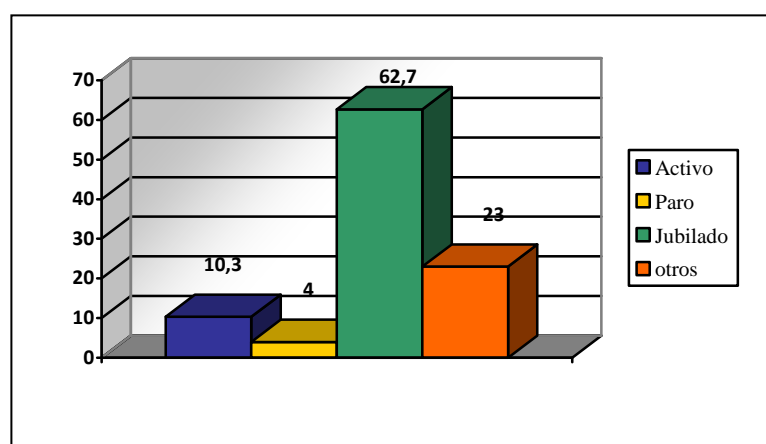


Fig 32: Estado laboral

Tabla 8: Profesiones

Profesión	%
Sector servicios	27
Funcionarios	9,5
Obreros/mecánicos	25,4
Autónomos	9,5
Ama/o de casa	18,3
Fábrica	6,3
Ingenieros/Arquitectos	2,4
Ganaderos/agricultores	1,6

La variable profesión, tiene su mayor frecuencia en sujetos pertenecientes al sector servicios (27%), seguido por los que desarrollan profesiones como obreros o mecánicos (25,4%) y las amas de casa (18,3%), en menor número figuran los funcionarios, sujetos autónomos, ingenieros, agricultores y aquellos que trabajan en fábricas (Tabla 8).

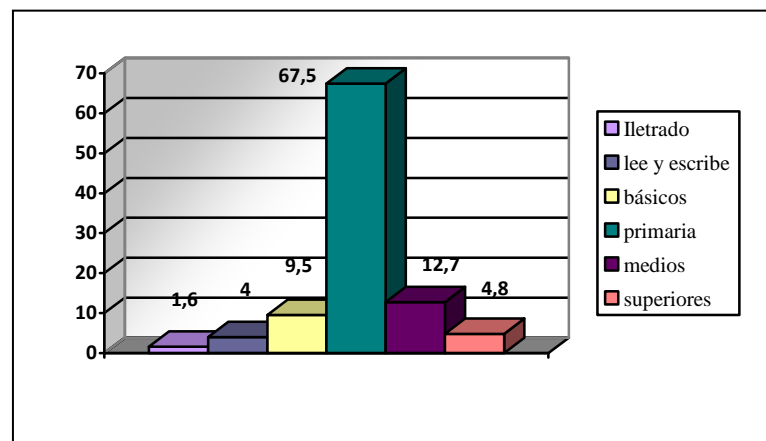


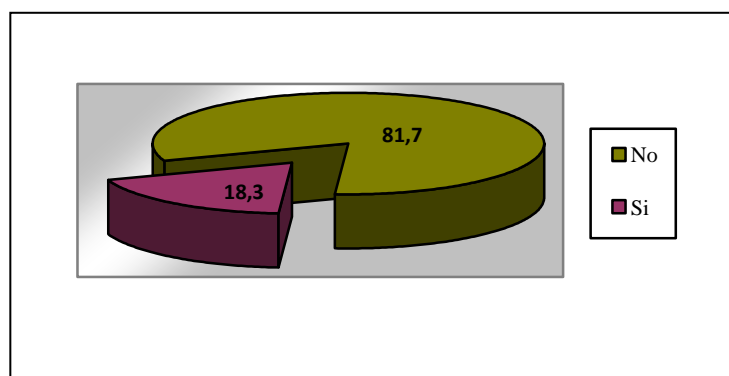
Fig. 33: Nivel educacional

El nivel educacional de los sujetos que conforman la muestra del estudio, se reparte entre aquellos que realizaron estudios básicos (67,5%), los que cursaron estudios medios

(12,7%), quienes acudieron a la escuela pero se quedaron en los niveles primarios (9,5%), quienes cursaron niveles educativos superiores (4,8%), aquellos que leen y escriben (4%), y, el menor porcentaje corresponde a los que no saben leer ni escribir (1,6 %) (Fig. 33).

En referencia al cumplimiento del tratamiento, los datos evidencian que si bien el 82,5% de los sujetos cumplían con el tratamiento farmacológico, existía un 17,5% que no tenían tratamiento en el momento de la investigación, controlándose los niveles de la enfermedad mediante otras opciones, como el régimen de alimentación.

En cuanto a tratamiento con insulina, es de resaltar, que tan sólo presentaba en el momento de la entrevista dicha preinscripción, el 18,3% de los sujetos (Fig. 34).



**Fig. 34: Tratamiento con insulina**

De particular importancia es la variable que hace referencia al tiempo de diagnóstico, la variable adopta una amplia variabilidad, aunque la mayoría de los sujetos de la muestra no llevaban diagnosticados más de doce años. En torno a los 4-6 años se ubican el 20,6%, seguido de quienes habían conocido su enfermedad hacía 10-12 años (17,8%). Las menores frecuencias se ubican en aquellos sujetos con más de 35 años de evolución (2,8%) (Fig. 35).

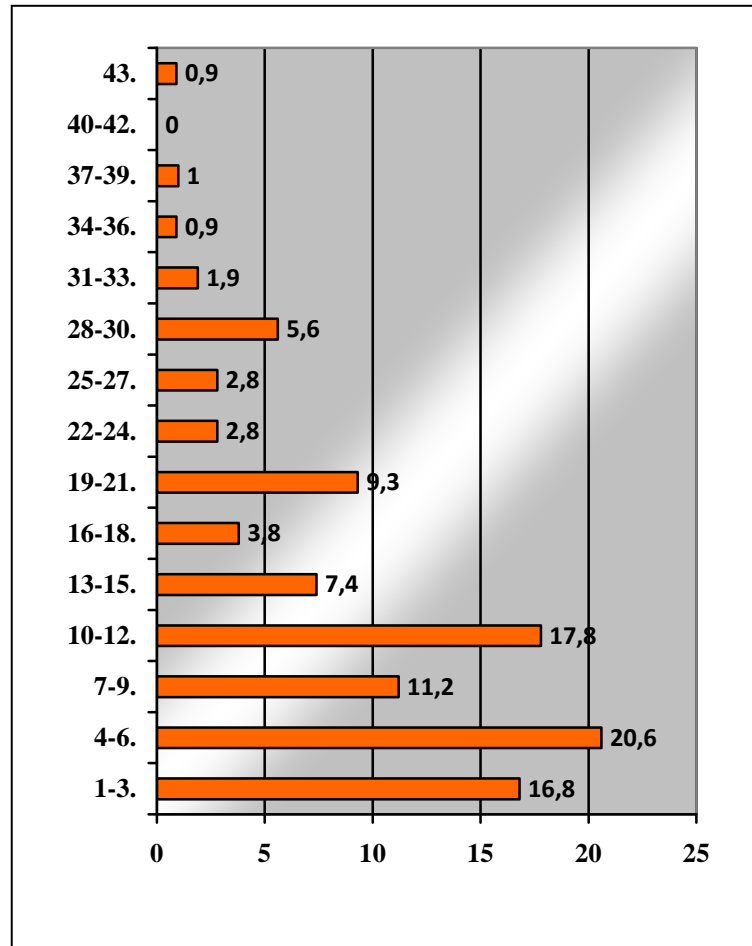


Fig. 35: Tiempo de diagnóstico

Una variable importante, en relación con el tratamiento, es el cumplimiento de la dieta, el total de las respuestas de los sujetos fueron clasificadas en tres grupos (Fig. 36):

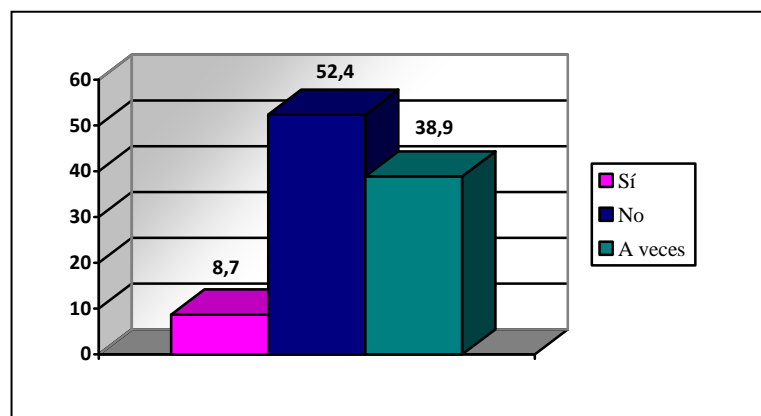


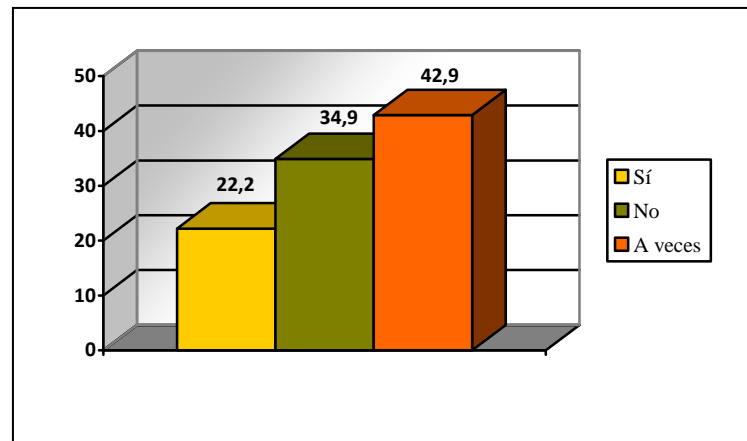
Fig. 36: Cumplimiento de régimen

- aquellos que seguían una dieta estricta según necesidades por la patología (8,7%),



- quienes consideraban hacer una dieta equilibrada, aunque no de forma estricta (38,9%) y.
- los sujetos que no seguían tratamiento dietético alguno (52,4%)

Para finalizar con las prescripciones médicas, analizamos la variable relacionada con el cumplimiento del ejercicio físico. El 22,2% realizaban ejercicio de forma diaria, el 42,9% de forma ocasional y un 34,9% llevaban una vida completamente sedentaria (Fig.37).

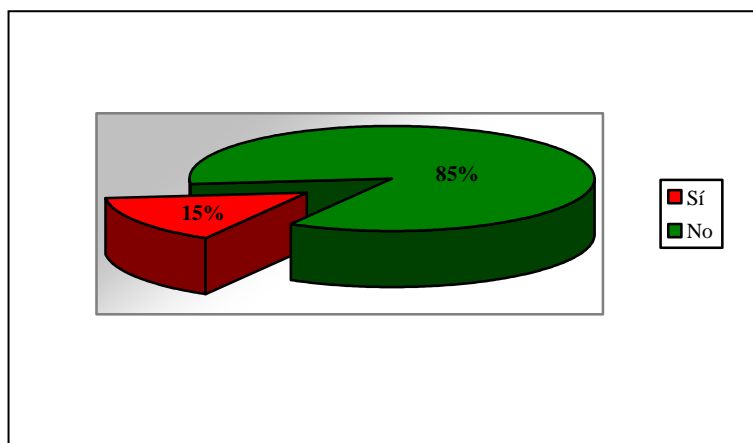


**Fig. 37: Cumplimiento de ejercicio físico**

Como se puede observar en los resultados, la mayoría de los sujetos no sigue adecuadamente las recomendaciones médicas respecto al ejercicio físico y a la dieta, esto posiblemente pueda tener relación con la falta de percepción de la enfermedad, medida a través de la variable impacto del diagnóstico, durante la entrevista, y que puso de manifiesto la ausencia de impacto emocional del diagnóstico y de la gravedad y posibles consecuencias de la patología.

Precisamente en dicha variable, impacto del diagnóstico, observamos que para el 84,9% de los sujetos, la diabetes no les ha supuesto ninguna huella en su vida, por el

contrario, existe un 15,1% que sí considera que esta enfermedad les ha supuesto una marca emocional (Fig. 38).

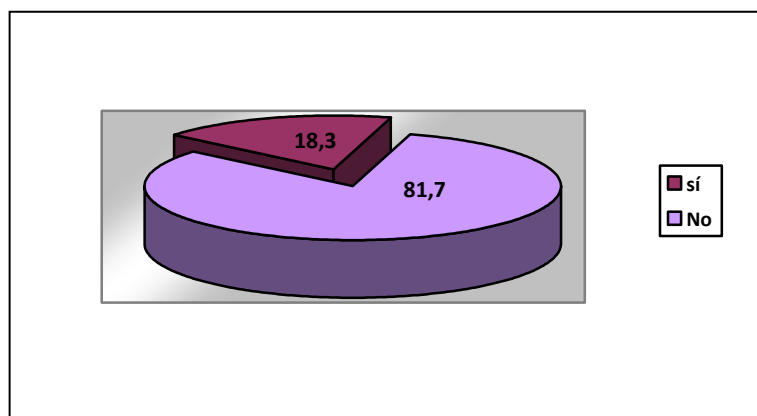


**Fig. 38: Impacto del diagnóstico**

Con frecuencia, la irrupción de una enfermedad como la diabetes supone una situación de crisis, entendida ésta como un cambio inesperado y brusco en la vida de la persona, que le supone un desequilibrio, y cuya forma de solución condiciona y modula la continuidad de ésta. Sin embargo, otras veces, como señala Lorente (2007), se presenta cierta facilidad en los pacientes para aceptarla, y encuentra unos resultados similares a los que se observan en la gráfica, donde el diagnóstico no les supuso un impacto y, durante la entrevista mostraron una minimización de la percepción de enfermo crónico. Esta circunstancia puede ser motivo de las muchas irregularidades que se aprecian en el cumplimiento del ejercicio y la dieta, no así en el tratamiento farmacológico, cuyo cumplimiento es prácticamente total. Estos resultados son concordantes con estudios como los de Thoolen y cols. (2006) quienes resaltan que, por lo general, los enfermos no comunican niveles de impacto emocional elevado, más evidente en los sujetos recién diagnosticados, señalando que aquellos con tratamiento intensivo tenían un nivel de estrés mayor. Sin embargo, otras investigaciones, como la de Pérez (2008), afirman que el patrón

de respuesta común a los sujetos diabéticos, está caracterizado por la percepción de la diabetes como un padecimiento severo, si bien esta investigación se realizó en población cubana. En la misma línea, Mata y cols. (2003), encuentran un alto impacto del diagnóstico en la calidad de vida de los pacientes, fundamentalmente en aquellos que sufren complicaciones asociadas.

Un 81,7% de los sujetos no realizaban en el momento del estudio ningún tratamiento psiquiátrico, frente al 18,3% que si se encontraban siguiendo algún tratamiento psicofarmacológico (Fig. 39):



**Fig. 39: Tratamiento psiquiátrico**

En la tabla 9 se especifican el tipo de psicofármacos que consumía la muestra de estudio. Como era de suponer, en su mayoría fueron inductores al sueño, ansiolíticos y en menor medida antidepresivos y estabilizadores del ánimo. Estos, en la totalidad de los sujetos, presentarían un porcentaje del 7,9% para los inductores del sueño y un 5,6% para los ansiolíticos. Es de resaltar que en el momento de la recogida de los datos tan sólo uno de los sujetos se encontraban siguiendo tratamiento psicológico.

**Tabla 9: Tipo de tratamiento psiquiátrico**

Tipo de tratamiento	Porcentaje
Ansiolítico	5,6%
Antidepresivo	4%
Inductor al sueño	7,9%
Estabilizador del ánimo	0,8%

### 8.1.3.- Procedimiento

Tras comprobar que los pacientes cumplían los criterios de inclusión para participar en el estudio, se les citaba desde el mismo Centro de Salud, explicándoles el objetivo y las características de la investigación de forma verbal, invitándoseles a participar.

A los que voluntariamente accedían se les entregaba un formulario de consentimiento informado y se resolvía cualquier duda que pudiera surgirles.

Cuando el paciente accedía a participar y tras firmar el consentimiento informado, se les explicaban los procedimientos de respuesta a los cuestionarios, para comenzar después con la realización de las pruebas.

## **8.2.- Batería de instrumentos.**

La batería de instrumentos empleada para medir las variables del estudio fueron:

### 8.2.1.- Entrevista semiestructurada.

Instrumento mediante el cual fue posible recoger las variables sociodemográficas de los sujetos, así como las características personales, el lugar de nacimiento, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, la profesión, la situación laboral actual, y todas las condiciones relacionadas con la enfermedad (tipo de diagnóstico, los tratamientos, tanto farmacológico, psicofarmacológico o psicológico, si realiza ejercicio físico o mantiene una dieta conforme a su patología). También se recogió el impacto del diagnóstico, es decir, si éste les supuso una mayor o menor conmoción, un punto de inflexión en su vida o un impacto, bien por la imprevisión del mismo o por los cambios que la enfermedad puede producir en la evolución vital del paciente.

### 8.2.2.- Inventario de depresión (BDI).

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) en su versión heteroaplicada consta de 21 ítems, cuyo objetivo es evaluar la gravedad de la depresión, si bien posteriormente su uso se ha generalizado como escala autoaplicada (Conde y Franch, 1984). En 1979, Beck y cols. publicaron una nueva versión revisada, que fue adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad (Vazquez y Sanz, 1991).

A nivel internacional, el BDI es uno de los cuestionarios más utilizados para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz y Vázquez, 1998).

El cuestionario está compuesto por 21 ítems, cada uno de los cuales describe una manifestación específica de la alteración del estado de ánimo. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem, se considera sólo la puntuación elegida de mayor gravedad (Sanz y Vázquez, 1998). El objetivo del cuestionario es cuantificar la sintomatología depresiva, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados son los siguientes:

Depresión ausente:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	más de 30 puntos

**Tabla 10: Puntos de corte del BDI**

El componente cognitivo de la depresión, representa en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. En pacientes con patología médica, la validez predictiva de la escala está peor establecida, ya que los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos (Schotte et al., 1997).

El BDI, muestra una buena consistencia interna, presentándose un alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,95 (Beck, Steer y Garbin, 1988), aunque pueden presentar dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En cuanto a la validez, presenta una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...) (Beck, Steer & Garbin, 1988; Martinsen, Friis & Hoffart, 1995; Robinson & Kelley, 1996; Richter et al., 1998). En su componente predictivo, como

instrumento diagnóstico de cribado, ha sido estudiado en España con buen rendimiento (Lasa y cols., 2000).

### 8.2.3.- Test del sentido de la vida (PIL).

El Purpose In Live (Prueba sobre el propósito de la vida) fue creado por Crumbaugh y Maholick (1968, 1969) en base al análisis existencial y la logoterapia, originarias de Víctor Frankl. La versión española ha sido desarrollada y validada por Noblejas en su Tesis Doctoral (1994). Este cuestionario valora el grado de propósito o sentido en la vida, o como polo contrario el vacío existencial que presentan las personas en su ciclo vital. En él, a mayor puntuación en el test, mayor sentido de la vida y al contrario, cuanto menor puntuación obtiene el sujeto, menor es el sentido que le encuentra a su existencia.

La prueba se compone de 20 ítems, de respuesta en escala de tipo Likert de 1 a 7, presentando dos sentimientos extremos. Las puntuaciones se han establecido, diferenciando tres rangos:

**Tabla 11.: Puntos de corte del PIL**

<b>Sentido de la vida</b>	<b>Puntuación</b>
BAJO	entre 0 y 97
MEDIO	entre 98 y 115
ALTO	entre 115 y 140

La prueba original, consta de tres partes, si bien la segunda y tercera no se cuantifican, pues son de tipo cualitativo, en la presente investigación se usa sólo la parte primera por ser la única que se encuentra validada. Precisamente, la validez de constructo se comprobó comparando cuatro poblaciones no clínicas y seis poblaciones clínicas. Se

observó que existía una diferencia significativa entre la población clínica y la no clínica en relación con las medias obtenidas (menor sentido de la vida en el grupo con alteraciones mentales) (Crumbaugh y Maholick, 1968, 1969). La prueba resulta adecuada a los contenidos planteados por la logoterapia (Noblejas, 1994). La correlación entre el PIL y el Logo-test también nos indica la validez de constructo (Noblejas, 1994, 2000).

Las propiedades psicométricas de la versión original (Crumbaugh y Maholick, 1968, 1969) muestran un alfa de Cronbach de 0,86. Las de la versión española (Noblejas, 1994) presentan una correlación significativa (al 99,9%) con la versión española del Logo-test con el que comparte un 34% de la varianza, y un Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.879 (Noblejas, 1994, 2000).

#### 8.2.4.- Cuestionario de Cogniciones Anticipatorias (QCA).

El Cuestionario de Cogniciones Anticipatorias de Légeron, Rivére y Marboutin (1991) se centra en las capacidades de anticipación. La primera versión de este cuestionario contenía 18 ítems, aunque tras diversas modificaciones en su versión final queda reducido a 8 ítems (Légeron et al., 1993). Éstos evalúan pensamientos anticipatorios mediante la presentación de una cognición sencilla y una réplica cognitiva. El paciente responde en una escala de tipo likert, de 4 opciones de respuesta, según sea de similar la réplica descrita a sus pensamientos reales, asignando una puntuación de 0 a 3 puntos, conforme la situación la valore como verdadera, casi siempre verdadera, casi siempre falsa, o falsa.

El cuestionario se compone de 8 ítems. Los ítems 1, 2, 4, 6, 7 y 8, hacen referencia a las cogniciones anticipatorias negativas y el ítem 3 y el 5 a las cogniciones anticipatorias positivas. La puntuación total es la suma de los valores asignado a cada respuesta, lo que



refleja la naturaleza de la cognición (Pires, Cavagera y Matos, 2001). La puntuación final oscila entre 0 y 27 puntos, estableciendo el umbral en 7 puntos. La puntuación mínima refiere una ausencia de anticipación negativa y la puntuación máxima, la presencia de estas cogniciones (González-Tablas et al., 1996).

Está demostrado que las cogniciones anticipatorias negativas correlacionan con el trastorno depresivo (Légeron, Rivière y Marbotin, 1991), por lo que parece ser un buen predictor del índice de depresión medido por el cuestionario de Depresión de Beck (González-Tablas, Díez y Llorca, 1996).

#### 8.2.5.- Cuestionario de Afrontamiento (COPE).

El Cuestionario de afrontamiento COPE, es un instrumento utilizado para medir las estrategias de afrontamiento que los sujetos utilizan ante situaciones difíciles o problemáticas de sus vidas. Fue creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) aunque la versión utilizada ha sido la española, desarrollada y validada por Crespo y Cruzado en 1997. El cuestionario inicial consta de un total de 60 ítems, en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1-4), indicándose con ella la frecuencia con que se utiliza cada una de las opciones, aunque la versión que en el presente estudio se ha utilizado es una versión reducida, compuesta por 46 ítems.

El cuestionario presenta una estructura factorial con seis modos básicos de afrontamiento: del problema (conductual y cognitivo), escape-evitación (conductual y cognitiva), de las emociones y en la versión de los 60 ítems, la utilización de alcohol y drogas. Las subescalas que conforman el test, son (Fernández, 2006; Quaas, 2006; Moran, Landero y González, 2010):

- Afrontamiento activo: conductas dirigidas a la situación y a confrontar las dificultades. Supone acciones encaminadas a eliminar el problema o disminuir los efectos negativos.
- Planificación: intento de organizar determinando los pasos de acción suponiendo que las consecuencias de la situación pueden ser previsibles.
- Búsqueda de apoyo social instrumental: intento de contar con la ayuda material, consejos y guías de pares y profesionales.
- Búsqueda de apoyo emocional: búsqueda de apoyo afectivo y contención emocional.
- Supresión de actividades distractoras: retirar la atención de otras actividades en las que pueda estar implicado, para concentrarse más en el estresor.
- Religión: incluye la búsqueda de apoyo espiritual depositando la esperanza en creencias religiosas.
- Reinterpretación positiva y crecimiento personal: reevaluación del suceso crítico mediante la interpretación positiva o atribución de un nuevo significado de la situación crítica.
- Refrenar afrontamiento: afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
- Aceptación: reconocimiento de la naturaleza crítica de la situación, la ambivalencia de la vida y de la responsabilidad propia de la situación.
- Descarga emocional: comunicación catártica del estímulo emocional como forma de eliminar la tensión emocional.

- Negación: evitación cognitiva oponiéndose a la realidad de suceso.
- Desconexión mental o Autodistracción: forma de compromiso cognitivo que supone concentrar la atención en distintas actividades como modo de pensar menos en el problema.
- Desconexión conductual: reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando el esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere estresor.
- Humor: consideración de la situación restándole importancia o aliviando su efecto crítico.

Así mismo, el cuestionario, presenta una agrupación de las estrategias de afrontamiento por factores de segundo orden. Estas son:

- Afrontamiento conductual del problema: que hace referencia a las acciones constructivas encaminadas a alterar la fuente de estrés y conductas en la solución de la situación. Se caracteriza por la planificación de una acción y su puesta en marcha, así como la capacidad de sacar provecho de la situación.
- Afrontamiento cognitivo del problema. alude a respuestas cognitivas y manejo de la situación desde el área mental, para conseguir manejar el problema de forma adecuada con el objetivo de que o bien se solucione, o deje de generar malestar.
- Afrontamiento de las emociones. tendencia a centrarse en el malestar experimentado y en la comunicación de esas emociones y de la situación a otro.
- Escape Cognitivo. supresión de la atención a la situación estresante y su sustitución por pensamientos alternativos.
- Escape conductual. conductas de escape de la situación problema.

Según Rodríguez (2006), la adaptación de Crespo y Cruzado (1997) presenta unos índices de consistencia interna de 0,6 en el análisis factorial de primer orden, para todas las subescalas, excepto distractoras y evasión, y de 0,75 en el análisis factorial de segundo orden para todas las escalas excepto para la de Escape Conductual (0.53). Así mismo, indica la autora, que las correlaciones entre las subescalas son elevadas y significativas ( $p < 0,001$ ) para todas las subescalas menos para la subescala de Negación. Las correlaciones fueron superiores a 0,70, excepto la de Desconexión Conductual (0,58), aunque en todos los casos las correlaciones alcanzaron la significación estadística ( $p < 0,001$ ) (Rodríguez, 2006). Por último, indica que la Fiabilidad test-retest del test, presenta correlaciones elevadas y significativas ( $p < 0,001$ ) para todas las subescalas con la única excepción de la subescala de Negación.

### 8.3.- Descriptivos de instrumentos

Comenzaremos por presentar la distribución de las puntuaciones obtenidas por el total de la muestra en el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La media alcanzada fue de 6,5 y desviación típica de 5,6 (Fig. 40)

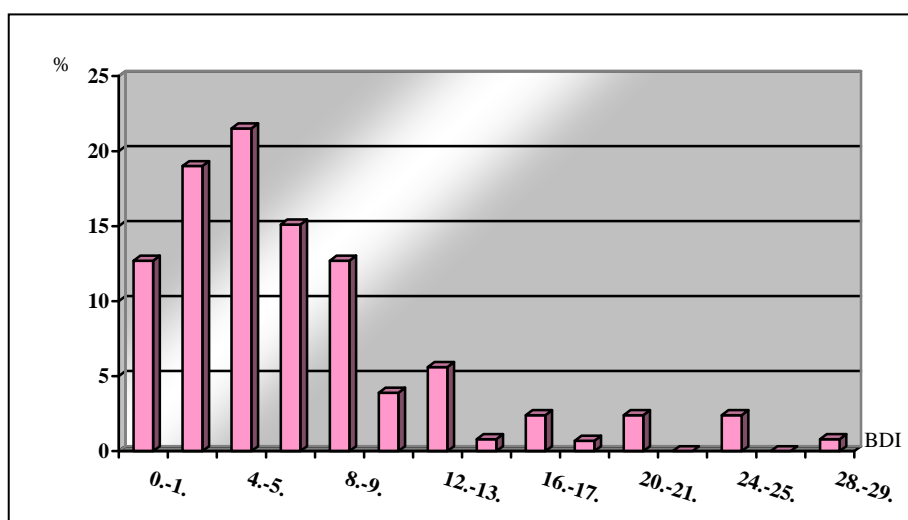
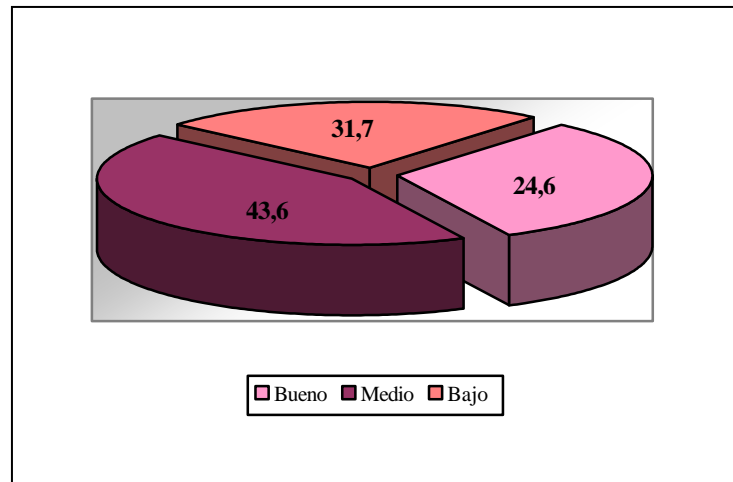


Fig. 40: Puntuaciones obtenidas en el BDI

Al ser la distribución asimétrica ( $As = 1,6$ ) y predominar las puntuaciones bajas, no utilizaremos los puntos de corte propios del instrumento, sino que hemos categorizado en tres grupos en función de los percentiles 25 y 75 (Fig 41).



**Fig. 41: Categorización del Estado de Ánimo (BDI)**

Observamos que un 24,6% de la muestra se sitúa por debajo del percentil 25, ello implica que el estado de ánimo es bueno. Así mismo, el mayor porcentaje corresponde a personas con un estado de ánimo medio, es decir, son sujetos que se encuentran entre el percentil 25 y el 75 (43,6%). Por último, el 31,7% de los sujetos, se encuentran por encima del percentil 75, indicando que su estado de ánimo es el peor. Estos resultados de la muestra, indican que en la mayoría de los sujetos existe poca sintomatología depresiva, pese a la enfermedad. Ya hay algunos autores que afirman que cuando el paciente se enfrenta a una enfermedad crónica como la diabetes, ésta supone una adaptación y un esfuerzo que puede afectar al estado de ánimo, pero los niveles del mismo se presentan muy variables (Pineda y cols., 2004). La depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, fue investigada inicialmente en nuestro país por García Grageola y Gómez Soto (2002) y

en su estudio concluyeron que esta enfermedad, con poco tiempo de evolución, no es un factor desencadenante de depresión en los pacientes, sin embargo, en otros muchos estudios se han encontrado expresiones clínicas y subclínicas de depresión, concretamente en más del 25% de los pacientes con diabetes tipo 1 y 2 (Ayuso, 1997; Lustran et al., 2000), coincidente con el 24,6% encontrado en nuestro estudio. Los estudios recientes, indican que las cifras de depresión en pacientes diabéticos, están creciendo y llegan a doblar su probabilidad frente a quienes no padecen la enfermedad (Anderson y cols., 2001; Pineda y cols., 2004; Katon et al., 2010). Edege et al. (2004) sugieren que cerca del 30% de los pacientes diabéticos presentan sintomatología depresiva, aunque tan sólo el 10% muestra sintomatología de depresión mayor.

En la prueba de Propósitos Vitales (PIL), la distribución de las puntuaciones obtenidas por el total de la muestra presenta una asimetría negativa ( $As = -0,730$ ) y curtosis positiva ( $C = ,817$ ), significa que la mayoría de las puntuaciones halladas, se encuentran en valores medios y medios-altos del sentido de la vida. La media alcanzada fue de 102,77 y desviación típica de 16,70 (Fig.42)

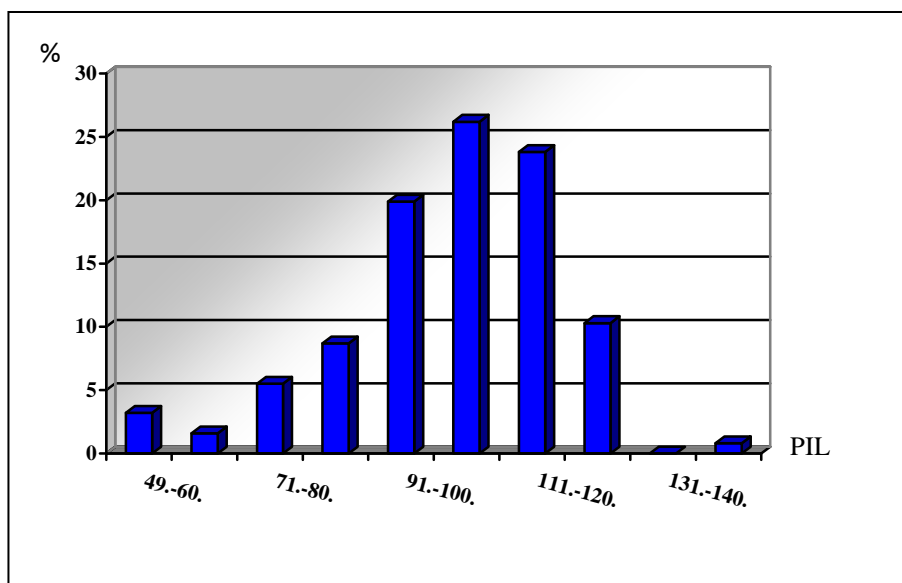
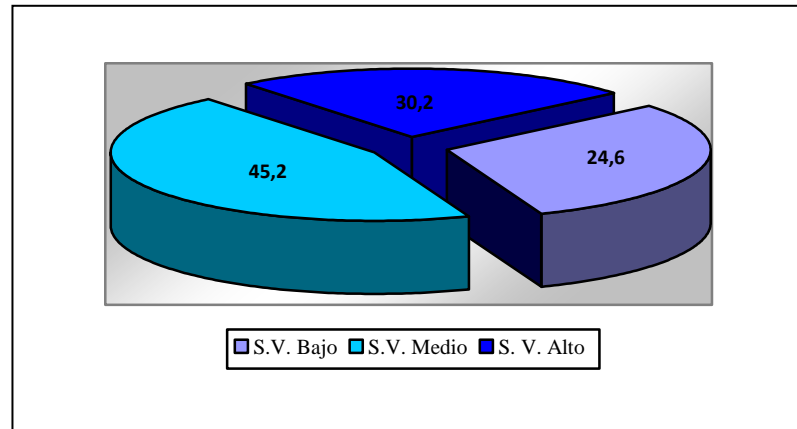


Fig. 42: Puntuaciones obtenidas en el PIL

En función de los puntos de corte que ofrece la escala, el 45,2 % de la muestra posee un sentido de la vida medio, frente al 30,2 % que tiene un alto sentido de la vida y el 24,6 % que carecen de fuertes propósitos vitales (Fig 43).



**Fig. 43: Variable Sentido de la Vida**

Los sujetos de la muestra, por lo tanto, aun conociendo que padecen una enfermedad crónica, presentan un sentido de la vida medio y medio alto, dato que no concuerda con la afirmación de investigadores como White, Ritcher y Fry (1992) quienes afirman que el sufrir un padecimiento crónico, hace que el sujeto se enfrente a una variedad de interrupciones en su vida y de cambios en el ámbito psicológico, que pueden interferir en las metas hasta entonces propuestas. Sin embargo otros autores como Frankl (1984) o Schuman (1996) señalan que el sufrimiento puede suponer una nueva posibilidad de lograr un sentido de la vida y conseguir confianza en los avances y en la recuperación o mejora, todo ello puede ser una meta que aumente la motivación de los sujetos para superar o adaptarse a la situación. Ledón Llanes (2008) afirma que redimensionando sus vivencias en la enfermedad, es posible que los sujetos logren encontrar un sentido al proceso. Encontrar aspectos positivos a estas experiencias, como son: valorar nuevas funciones, una experiencia de aprendizaje, la importancia de las relaciones familiares y sociales, o

reflexionar sobre lo que es realmente importante en la vida o una introspección sobre el pasado como dinamizador del presente para mejorar, constituyen para el autor, una expresión de los recursos de las personas para trascender las adversidades que a veces impone el propio hecho de vivir.

Con respecto al Cuestionario de Cogniciones Anticipatorias (QCA), la distribución de las puntuaciones obtenidas por el total de la muestra se observa en la figura 44:

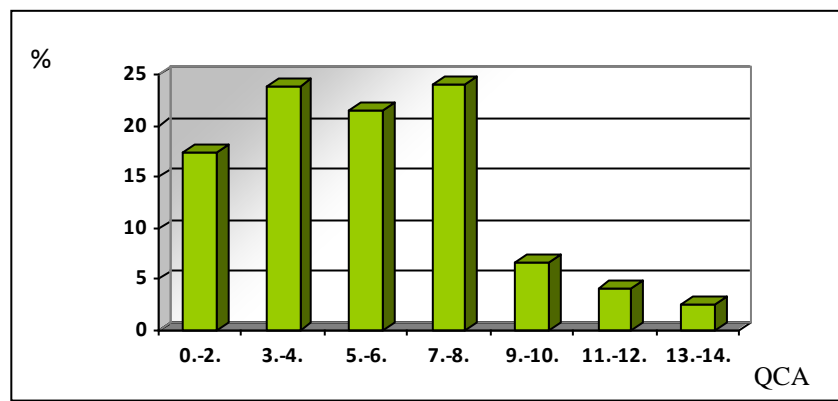


Fig. 44: Puntuaciones obtenidas en el QCA

Como se puede observar, presenta una asimetría positiva ( $As = ,351$ ) y curtosis ligeramente negativa ( $C = -,130$ ), lo que significa que la mayoría de las puntuaciones halladas, se encuentran relacionados con el pensamiento anticipatorio positivo. La media alcanzada fue de 5,4 y desviación típica de 3,02.

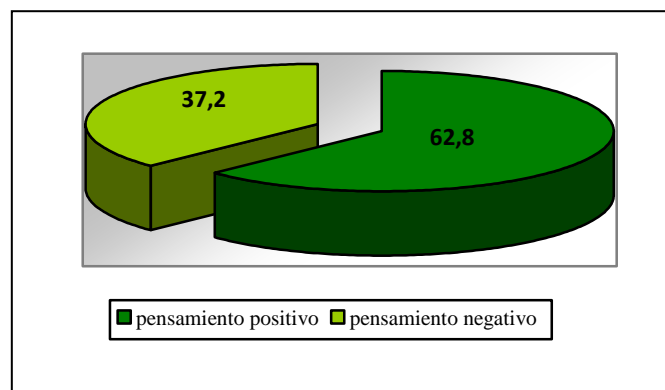


Fig 45: Variable Pensamiento anticipatorio



Categorizando las puntuaciones en función del punto de corte que ofrece la escala (7), el 62,8% obtienen pensamiento positivo, frente al 37,2% de los sujetos que anticipan negativamente (Fig. 45).

Diversos estudios explican en esta línea la importancia que las expectativas positivas, el optimismo disposicional y los pensamientos anticipatorios positivos, tienen sobre la salud de los enfermos crónicos (Schou et al., 2005; Ironson et al., 2005) asociándose con una mejor salud física y un enfrentamiento más exitoso a los desafíos de la vida. Solberg et al. (2005) explican además que estas personas, experimentan menos ánimo negativo y comportamientos de salud más adaptados (Solberg et al., 2005; Vinaccia y cols., 2006) favoreciendo las conductas salutogénicas.

Al analizar el Cuestionario de Afrontamiento (COPE) en función de las subescalas, obtenemos el siguiente perfil (Fig. 46):

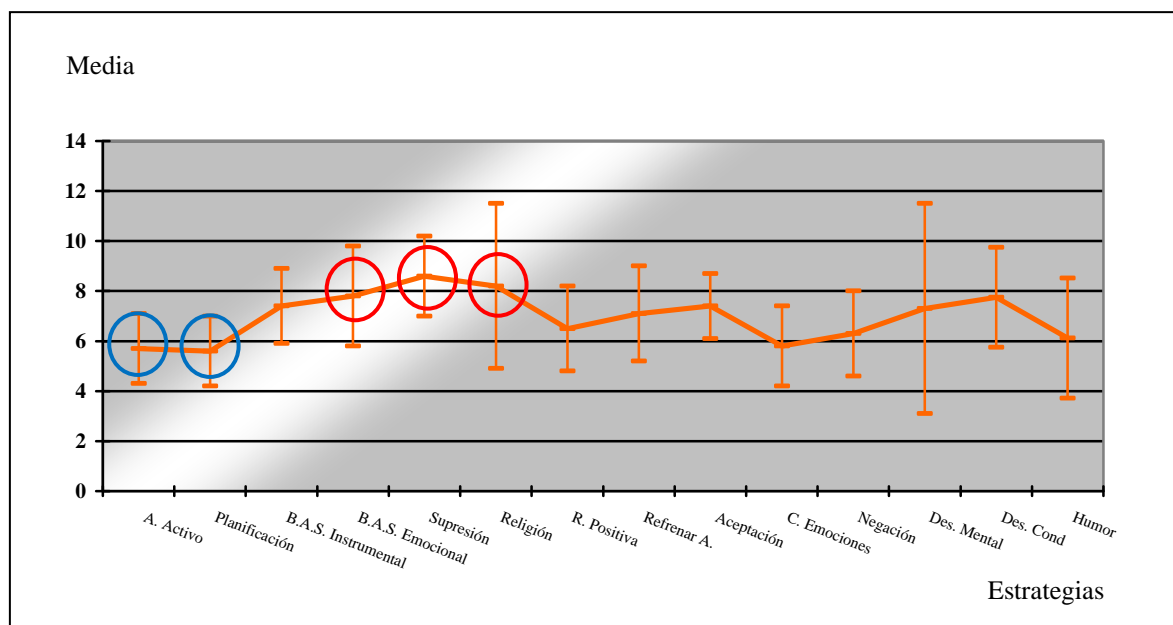
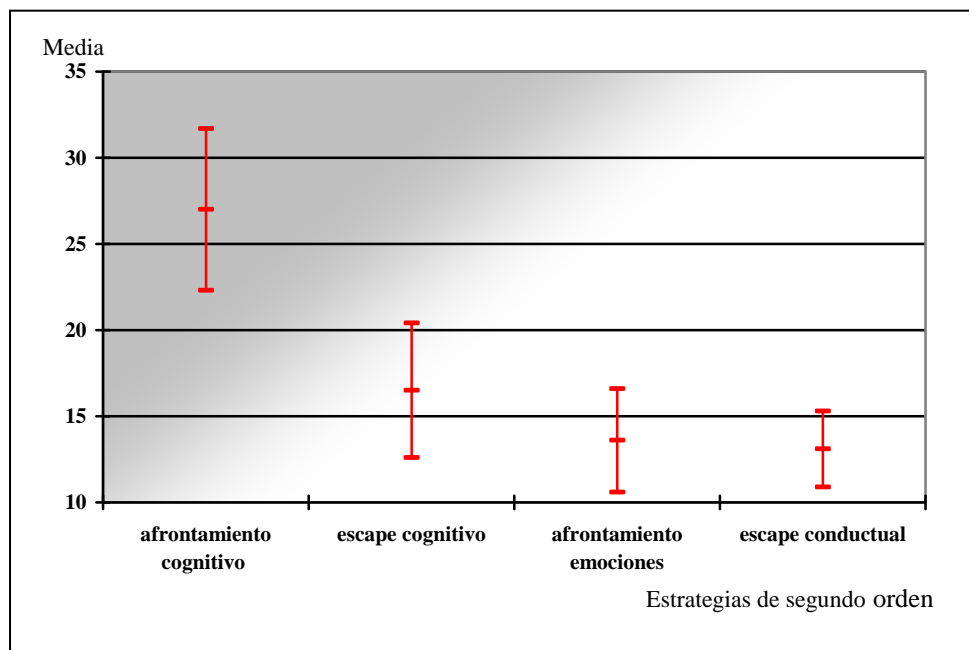


Fig. 46: Perfil de las estrategias de afrontamiento del COPE

Como podemos observar los sujetos mayoritariamente utilizan la supresión de actividades distractoras, es decir, tratan de concentrarse en la circunstancia estresante retirando la atención de otras actividades, estrategia de afrontamiento ésta encontrada en algunos estudios realizados, tal como el de Bueno y Navarro (2003) en población mayor, y que evidencia que es uno de los estilos de afrontamiento predominantes ante los problemas de salud. De la misma forma, en otra publicación de los mismo autores, las mujeres mayores de 75 años, tienden a eliminar todo lo que pueda interferir en su afrontamiento ante las situaciones cotidianas, tienden también a esconder sus emociones, mientras que los varones mayores utilizan estas estrategias ante los problemas de salud y familiares (Bueno y Navarro, 2005).

La Religión es también utilizada en amplia medida, confiando en la existencia de un ser superior ante los problemas. Varios estudios con enfermos crónicos, como los de Sierra Llamas y Julio (2010) o Garay López y cols. (2012) coinciden en señalar a la religiosidad como un estilo de afrontamiento ampliamente usado, al igual que Newlin et al. (2008) quienes encontraron que la religión y la espiritualidad están relacionadas con el control de la glicemia, sin la necesidad de mediación de otras variables como el soporte social, pudiendo incrementar las conductas protectoras en los pacientes diabéticos. Sin embargo, la baja puntuación obtenida tanto en planificación como en la estrategia de afrontamiento activo, indica que nuestra muestra no se caracteriza por realizar acciones específicas de cara a paliar el estresor, diferente a otros estudios donde el afrontamiento activo es la estrategia más utilizada por los pacientes diagnosticados de diabetes (Hermoso Rodríguez, 1996; Almeida y Rivas, 2008) y lo relacionan con mejor calidad de vida y adherencia a los tratamientos (Wasserman y Trifonova, 2006).

En las estrategias de segundo orden, el afrontamiento cognitivo es el más utilizado, indicando que el sujeto se centra en elaborar mentalmente la situación para conseguir manejarla hasta que deja de provocar malestar o estrés. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos (Carrobles et al., 2003).



**Fig. 47: Perfil de las estrategias de afrontamiento de segundo orden del COPE**

Chico Librán (2002) coincide con nuestros resultado al afirmar que el afrontamiento cognitivo es una de las estrategias que se encuentran relacionadas con el optimismo disposicional, es decir, es una de las formas de afrontamiento que se ven ligadas a una percepción anticipatoria positiva, que a su vez está relacionada con mayores niveles de bienestar. No obstante, los autores señalan que aunque este factor de optimismo puede ser un determinante de las estrategias utilizadas ante el estrés, también es cierto que esta relación puede determinarse de forma bidireccional y, además, las estrategias de

afrontamiento no serían elementos fijos de la personalidad, sino que varían dependiendo de las demandas adaptativas de cada situación.

A distancia, le sigue en orden de frecuencia, el escape cognitivo siendo, según algunos autores, una estrategia menos eficiente y que afecta potencialmente la calidad de vida de las personas (Lindqvist et al., 2000), relacionándose en ocasiones esta tendencia a la distracción como medio para apartar los estresores de la mente (Woby et al., 2005; Contreras y cols., 2007). En este sentido, existe un acuerdo en que las respuestas evitativas a menudo impiden el afrontamiento adaptativo (Lazarus & Folkman, 1986; Aldwin & Revenson, 1987), autores como Carver et al. (1989) sostienen que es importante conocer el rol que tales respuestas tienen en la efectividad del afrontamiento, ya que aunque podría presentarse como disfuncional, si es mantenida por tiempo prolongado, pueden por el contrario resultar una estrategia útil en otras ocasiones. En el caso particular del envejecimiento femenino, Krzemien, Monchietti y Urquijo (2005), identifican a la *Autodistracción* como estrategia que se orienta al desarrollo de actividades que le permiten a la persona anciana mejorar su calidad de vida, cumplir con actividades sistemáticamente relegadas por las ocupaciones cotidianas, mantenerse activa, apegada a tareas y a relaciones sociales significativas, lo cual implicaría un estilo de afrontamiento adaptativo a la vejez, por ello, ciertas estrategias de afrontamiento deberían interpretarse de forma diferente de acuerdo al grupo de edad y a la naturaleza de las circunstancias estresantes.





## 10.- CONCLUSIONES

1<sup>a</sup>.- La aplicación de la bibliometría a nuestro tema de investigación da como resultado un alza exponencial en la diabetes como materia de estudio, consecuencia de su alta prevalencia y repercusión tanto sociosanitaria como socioeconómica.

2<sup>a</sup>.- El continuo sintomatológico del estado de ánimo transcurre desde presentaciones leves a patologías graves estructuradas. Los casos en los que la alteración del estado de ánimo presenta niveles medios, que son la mayoría, pueden estar relacionados con factores tales como la edad de los sujetos de la muestra y la evolución silente de la enfermedad.

3<sup>a</sup>.- Es significativo el hallazgo del peso específico que la variable sentido de la vida presenta en nuestra muestra, explicando el 47% de la varianza total. Un vacío existencial elevado evidencia mayor vulnerabilidad y riesgo de padecimiento depresivo.

4<sup>a</sup>.- La variable género no presenta un efecto significativo sobre el estado de ánimo. En ambos sexos la presencia de elevados propósitos vitales evidencia una influencia positiva.

5<sup>a</sup>.- La dieta, la realización de ejercicio físico y el tratamiento farmacológico pautado para la diabetes, no presentan efecto psicológico directo sobre el estado de ánimo de los pacientes.

6<sup>a</sup>.- Las estrategias de afrontamiento adoptadas influyen en el estado de ánimo, explicando dichas variables en este estudio, el 13,3% de la varianza total.

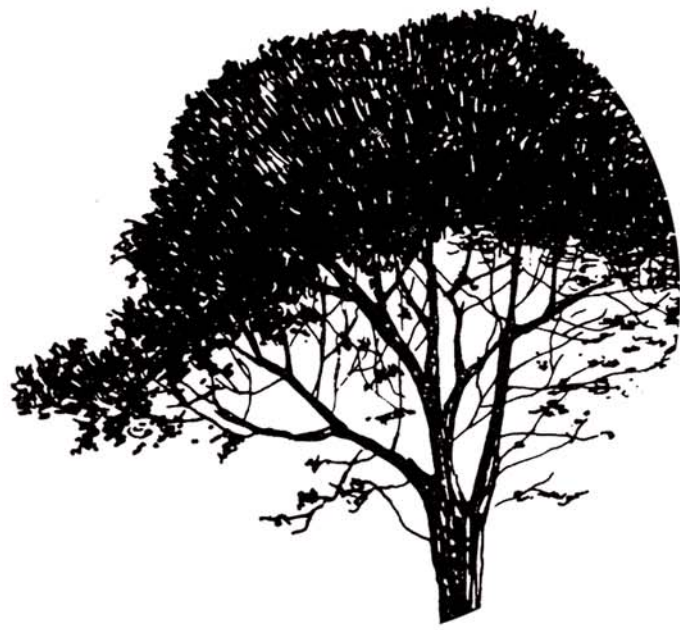
7<sup>a</sup>.- Las técnicas más utilizadas para afrontar las situaciones críticas fueron: la habilidad de establecer un plan de acción, la capacidad de evitar pensamientos alejados del problema, la aceptación o el reconocimiento de la naturaleza crítica de la situación y la negación de la realidad de evento.

8°.- Dos de las estrategias de afrontamiento activas, como son la planificación y la aceptación, no se relacionan con un mejor estado de ánimo, contrariamente a lo planteado en nuestra hipótesis. Sin embargo, la tercera de las estrategias activas, la supresión de actividades distractoras y la estrategia pasiva de negación, están relacionadas con una mejor afectividad

9°.- El pensamiento anticipatorio de forma aislada presenta efecto significativo sobre el estado de ánimo. A mayor pensamiento anticipatorio negativo, mayor vulnerabilidad en el estado de ánimo. Cuando interactúa con el sentido de la vida y las estrategias de afrontamiento, la influencia del pensamiento anticipatorio queda diluida.

10ª.- Podemos afirmar la conveniencia de incluir en la atención al paciente crónico, actividades que comprendan variables psicológicas como la búsqueda de un sentido vital en el caso en que éste se haya visto disminuido, la mejora de aquellas estrategias de afrontamiento que no resulten adaptativas, o la reestructuración de las percepciones erróneas sobre la enfermedad y sus consecuencias, con el objetivo de mejorar la salud mental y prevenir la alteración del estado de ánimo y sus complicaciones asociadas.







## 11.- BIBLOGRAFÍA

- Abdel-Khalek, A.** (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality*, 34, 139-150.
- Abrahamson, L., Seligman, Y. & Teasdale, M.** (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B.** (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Acevedo, G.** (2002). Logoterapia y resiliencia. *NOUS*, 6, 23-40.
- Ackernecht, E. H.** (1993). *Historia breve de la psiquiatría*. Valencia: colección Scientia Veterum.
- Acosta López de Llergo, I. C y Sánchez Araiza, Y. I.** (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Aguirre Ibarra, M. C. y Delgadillo Ramos, M. G.** (2011). El sentido de la vida. *PERSONA*, 16, VI.
- Aldrich, S. & Eccleston, C.** (2000). Making sense of everyday pain. *Social Science & Medicine*, 50, 1631-1641.
- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A.** (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 237-248.
- Aldwin, C. M.** (2000). *Stress, Coping and Development. An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Allen, F. M.** (1913). Studies concerning glycosuria and diabetes. En Beamish, R. E. (1985). *Stress and heart Disease*. The Netherlands: Lumer academic publishers.
- Almeida Escalante, G. C y Rivas Acuña, V.** (2008). Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes tipo 2. Semana de divulgación y vídeo científico. Universidad Juárez autónoma de Tabasco. Extraído el 20 de septiembre de 2012 de <http://www.archivos.ujat.mx>.
- Álvarez, J.** (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México D.F: Trillas.
- Alvariñas, J. H. & Salzberg, S.** (2003). Diabetes y embarazo. Separata *Laboratorios Montpellier*. 2-22.
- American College of Obstetricians and Gynecologist** (2001). Clinical management guideline of obstetricians-gynecologist. *Obsterics & Gynecology*. 98, 525-538.
- Amirkhan, J. H.** (1990). A factor analytically derived measure of coping: the Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Anarte, M. T., López, A. E., Ramírez, A. E., Ramírez, C. y Esteve, R.** (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2) 133-141.
- Anarte, M. T., Machado, A., Ruiz de Adana, M. S., Domínguez, M. E, Carreira, M., González Molero, I., Caballero, F. F. y Soriguer Escofet, F. C.** (2009). Personalidad y adherencia al tratamiento con infusor subcutáneo de insulina y monitorización continua de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Avances en Diabetología*, 25, 394-398.
- Anderson, B. J. y Rubin, R. R.** (2003). *Psicología práctica en la diabetes*. Barcelona: Medical Trends.
- Anderson, R. J.** (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069- 1078.

- Anderson, R. J., Gott, B. M., Sayuk, G.S., Freedland, K. E. & Lustman, P. J.** (2010). Antidepressant pharmacotherapy in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 33(3), 485-489.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P.** (2001). The prevalence of comorbid depression in Adults. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Anguera de Sojo Peyra, I.** (1988). *Medicina psicosomática*. Barcelona: Doyma.
- Antonuccio, D. O.** (1998). The coping with depression course: A behavioral treatment for depression. *The Clinical Psychologist*, 51(3), 3-5.
- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C. & Ponce-de-León-Rosales, S.** (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*, 57(5), 676-684.
- Arroyo, A.** (2004). *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*, Madrid, INE
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E. & Bem, D. J.** (1995). *Introdução à psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J. y Ramón, J. R.** (2007). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (2) ,177-190.
- Avia, M. D. & Vázquez, C.** (1999). *Optimismo Inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avila, A.** (1990). Psicodinámica de la depresión, *Anales de Psicología*, 6 (1), 37-58.
- Ayala, P., Calvo, C., Herrada, M., López Fiallo, M. y Tezanos, R.** (2002). Tratamiento farmacológico de la Diabetes mellitus. OFFARM 21(10). [versión electrónica] Consultado el 16 de Junio de 2012. <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl>
- Ayuso, J.** (1997). Comorbilidad entre depresión y ansiedad: aspectos clínicos. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 1, 1137-3148.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O., Casey, P., et al.** (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Azzollini, S. C., Pupko, V. B. y Benvenuto, A.** (2009). Las estrategias de afrontamiento y la red social de los enfermos crónicos, según género, edad y nivel sociocultural. *II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.
- Azzollini, S. y Bail Pupko, V.** (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones*, 17, 287-297.
- Baecheler, R., Mujica, V., Aqueveque, X., Ramos, L. y Soto, A.** (2002). Prevalencia de la diabetes mellitus en la VII Región de Chile. *Revista Médica de Chile*, 130, 1257-1264.
- Baker, L. & Barcai, A.** (1970). Psychosomatic aspects of diabetes mellitus. In: *Moderns trends in psychosomatic Medicine*, 2. 105-123. Hill Ow, Butterfield. Cit. por Robinson, N & Fuller, J.H. (1985) Role of life events and difficulties in the onset of Diabetes Mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 29(6), 583-591

- Balbo, E. A.** (1995). Melancolía y psiquiatría en el siglo XIV. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XV (52), 57-59.
- Bandura, A.** (1977). *Social learning Theory*. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A.** (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A.** (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman
- Baptista Santos, A. P.** (2010). *Estudo da relação das diferenças de género nas cognições antecipatórias, estratégias de coping e depressão em adultos*. Tesis. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Psicologia. Lisboa.
- Baptista, M. G.** (2011). *Aceptación da Enfermedad Crónica: um estudo no adulto em tratamento de Hemodiálise*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Universidade do Porto.
- Barcia, D. y Moreno R. M.** (1999). *Aspectos históricos. Historia de la melancolía*. En Roca M. (Coord) Trastornos del Humor. Madrid: Ed Médica Panamericana.
- Bartels, M., Van der Berg, M., Sluyters, F. et al.** (2003). Heritability of cortisol levels, review and simultaneous analysis of twin studies. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 121-137.
- Bastarrachea, R. A., López-Alvarenga, J. C., Bolado-García, V. E., Téllez- Mendoza, J., Laviada-Molina, H. y Comuzzie, A. G.** (2007). Macrophages, inflammation, adipose tissue, obesity and insuline resistenace. *Gaceta Médica de México*, 143, 505-512.
- Bayés, R.** (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.
- Bayés, R.** (1998). Psicología del sufrimiento y la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G.** (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G.** (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beléndez, M., Bermejo, R. M. y García, D.** (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Ben-Haroush, A., Yogev, Y. & Hod, M.** (2003). Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with type 2 diabetes. *Diabetes Medicine*, 21, 103-113.
- Benítez, A., Gonzáles, L., Bueno, E. y cols.** (2011). Depresión y diabetes mellitus. *Revista de la Asociación latina de Diabetes*, 19(4), 162-169.
- Berkman L. F., Blumenthal J., Burg, M., et al.** (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 289, 3106-3116.

- Bianconi, G., Poggioli, E., Merelli, E., Razzaboni, E. & Cormelli, D.** (2006). Aspecti psicologici della sclerosi multipla. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 28(1), 22-28.
- Bjorntorp, P. & Rosmond, R.** (1999). Visceral obesity and diabetes. *Drugs*, 58(Suppl 1),13-18.
- Bjorntorp, P.** (1999). Hypothalamic arousal, insulin resistance, and type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 16, 373-383.
- Bjorntorp, P.** (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Reviews*, 2, 73-86.
- Bjorntorp, P.** (1988). Abdominal obesity and the development of noninsulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Metabolism Review*, 4, 615-622.
- Bjorntorp, P.** (1991). Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease?. *Journal of Internal Medicine*, 230, 195-201.
- Black, S. A., Markides, K. S. & Ray, L. A.** (2003). Depression predicts increase incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with diabetes type 2. *Diabetes Care*, 26(10), 2822-2828.
- Bleiker, E. M.** (1995). *Personality Factors and breast cancer*. Dordrecht:ICG Printing.
- Bogner, H., R., Post, E. P., Morales, K. H. y Bruce, M. L.** (2007). Diabetes, Depression and Death. *Diabetes Care*, 30(12), 3005-3009.
- Boland, E. & Grey, M.** (1996). Coping strategies of school - age children with diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 22, 592-597.
- Boland, R. J. & Keller, M. B.** (2002). Course and outcome of depression. En Gotlib, I. & Hammen, C (eds). *Handbook of depression* (pp 43-60). New York: Guilford Press.
- Bonzol, J.** (2009). The Medical Diagnosis of Demonic Possession in Early Modern English Community. *Paregon*, 26(1), 115-140.
- Borch Johnsen, K., Joner, G., Pulsen, T. et al.** (1984). Relationship between breakfastfeeding and incidence of insulin dependent diabetes mellitus. *Lancet*, 2, 1083-1086.
- Bosch, X., Alonso, F. y Bermejo, J.** (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología*, 55(5), 525-527.
- Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S. & Bennet; D. A.** (2009). Purpose in Life Is Associated With Mortality Among Community-Dwelling Older Persons. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 574-579.
- Brady, M. J.; Peterman, A. H.; Fitchett, G.; Mo, M. & Cella, D.** (1999). Case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Brauser, D.** (2011). Deadly Combination of Depression and Diabetes Doubles Mortality Risk. *Archives of General Psychiatry*, 6(8), 42-50.
- Brown, J., Brown, R., Miller, R., Dunn, S., King, M., Coates, A. & Butow, P.** (2000). Coping with metastatic melanoma: The last year of life. *Psycho-Oncology*, 9(4), 283-292.
- Bruce, D., Casey, G., Davis, W. et al.** (2006). Vascular depression in older people with diabetes. *Diabetologia*, 49, 2828-2836.
- Bruhel, H., Rueger, M., Dziobek, I., Sweat, V., Tirsi, A., Javier, E., Arenfot, A., Wolf, O.T. & Convit, A.** (2007). Hypothalamic- Pituitary- Adrenal Axis dysregulation and memory impairments in type 2 diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92, 2439- 2445.

- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H. & Syeptoc, A.** (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Behavioral and Immunity*, 6, 810-816.
- Bueno, B. y Navarro, A. B.** (2003). Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores. *MAPFRE MEDICINA*, 14 (1).
- Burton, R.** (1947). *Anatomía de la melancolía* (traducción, Portnoy, A.). Buenos Aires: colección Austral, Espasa-Calpe.
- Camuñas, N. y Miguel-Tobal, J. J.** (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *EduPsykhé*, 4 (2), 179-197.
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J.** (2007). Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Cano Vindel, A.; Martín Salguero, J.; MaeWood, C.; Dongil, E. y Latorre, J. M.** (2012). La depresión en atención primaria, prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 1(33), 2-11.
- Cantón Chirivella, E. y Domingo Tarín, A.** (2008). Diabetes insulino dependiente y depresión: análisis de la investigación reciente. *Liberabit*, 14, 41-48.
- Capelli, G., De Vicenzo, R. I., Addamo, A., Bartolozzi, F., Braggio, N., Scambia, G. y Which, A.** (2002). Dimensions of health related quality of life are altered in patients attending the different gynecologic oncology health care settings? *Cáncer*, 54(2), 217-231.
- Carey, V. J., Walters, E. E., Colditz, G. A., Solomon, C. G., Willet W. C., Rosnr B. A., Speizer F. E. & Manson, J. E.** (1997). Body fat distribution and risk of non -insulin-dependent diabetes mellitus women. The Nurses Health Study. *American Journey of Epidemiology*, 145, 614-619.
- Carney, R. M., Blumenthal, J. A., Stein, P. K. et al** (2001). Depression, heart rate variability, and acute myocardial infraction. *Circulation*, 104, 2024-2028.
- Carreira, M., Anarte, M. T., Ruiz de Aldana, M. S., Caballero, F. F., Machado, A., Domínguez-López, M., González Molero, I., Esteva de Antonio, I., Valdés, S., González- Romero, S. y Soriguer, F.** (2010). Depresión en la diabetes mellitus tipo 1 y factores asociados. *Medicina Clínica*, 135(4), 151-155.
- Carrera, M. I., Goday, A., Soler, M., Chillarón, J. J., Puig, J. y Cano, F.** (2005). Diabetes gestacional. *Jano*, 68(1560), 25-31.
- Carrobes, J. A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L.** (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Carroll, A.** (1999). The relationship between control beliefs, coping strategies, time since injury and quality of life among persons with spinal cord injuries (abstract). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(6- B), 2934.
- Carver, C. & Scheier, M.** (2001). *Optimism, Pesimism and Self-regulation*. En Chang, E. (Ed.). Optimism and pesimis. Implications for Theory, research and practice. Washington D. C: American Psychological Association.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F. & Robinson, D. S.** (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K.** (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketchan, A., Moffat, F. & Clark, K.** (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K.** (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.
- Casco Solís, J.** (1995). La Melancolía en la historia de la Psiquiatría española del siglo XX (Ideas y aportaciones de autores poco conocidos). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XV(52), 61-67.
- Cassano, P. y Argibay, P.** (2010). Depresión y neuroplasticidad: Interacción de los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Medicina (B. Aires)*, 70(2), 185-193.
- Cassano, P. & Fava, M.** (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-57.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N.** (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estres y Afrontamiento*, 1, 87-98.
- Cassaretto, M. y Paredes, R.** (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXIV (1), 109-140.
- Castañeda López, G.** (2006). Cronicidad y degeneración en neurología. *Gaceta Médica de México*, 142(2), 163-167.
- Castillo-Quan, J., Barrera-Buenfil, D.J., Pérez-Osorio, J.M. y Álvarez-Cervera, F.J.** (2010). Depresión y Diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Revista de neurología*, 51(6), 347-359.
- Castro, E. K. y Moreno-Jimenez, B.** (2007). Resiliencia en niños con enfermedades crónicas: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12 (1), 81-86.
- Castro-Aké, G. A., Tovar-Espinosa, J. A. y Mendoza-Cruz, U.** (2009). Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (4), 377-382.
- Casu, A., Pascutto, C., Bernardinelli, L. & Songini, M.** (2004). Type 1 diabetes among Sardinian children is increasing: the Sardinian diabetes register for children aged 0-14 years (1989- 1999). *Diabetes Care*, 27, 1623-1629.
- Cavaglia F., Pires A. M. & Arriaga, F.** (2001). Anticipation and quality of life in depression: 2 cognitive concepts? *Acta Médica Portuguesa*, 14(5), 473-478.
- Caver, C. S. & Smith, J.** (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 64, 679-704.
- Caver, C. S., Weintraub, J.K. & Scheier, M. F.** (1989). Assessing Coping Strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cesari, M., Penninx, B. W. J. H., Newman, A. B. et al.** (2003) Inflammatory makers and onset of cardiovascular events: results from the health ABC study. *Circulation*, 108, 2317-2322.
- Chapman, D. P, Perry, G. S & Strine, T. W.** (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2, A14.



- Charmaz, K.** (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5, 168-195.
- Charmaz, K.** (1991). *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. New Brunswick, New Jersey.: Rutgers University Press.
- Chaure, I. e Inarejos, M.** (2001). *Enfermería pediátrica*. Barcelona: Masson.
- Chico Librán, E.** (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Chico, E. y Ferrando, P.** (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20, 408-412.
- Chinchilla Moreno, A.** (2008). *La depresión y sus máscaras*. Madrid: Panamericana.
- Chiodini, I., Torlontano, M., Scillitani, A., Arosio, M., Bacci, S., Di Embo, S. et al.** (2005). Association of subclinical hypercortisolism with type 2 diabetes mellitus: a case-control study in hospitalized patients. *European Journal of Endocrinology*, 153, 837-844.
- Chlebowy, D. O. & Garvin, B. J.** (2006). Social support, self-efficacy, and outcome expectations: Impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 32, 777-786.
- Cicchetti, D.** (2003). Foreword. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversity*. New York: Cambridge University Press.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. & Hirsch, I. B.** (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self care and glucose control in diabetes. *Diabetes Care*. 25, 731-736.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J. & Russo, J. E.,** (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, functions and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3278-3285.
- Cobo Gómez, J. V.** (2005). El concepto de depresión. Historia definiciones, nosología, clasificación. *Psiquiatría.com*, 9(4).
- Coelho, R., Amorim, I. & Prata, J.** (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 44, 312-318.
- Colina, F. y Jalón, M.** (2011). *De las enfermedades melancólicas*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J. E., Salazar- Estrada, J. G. y Ángel- González, M.** (2008). Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México 2005. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 137-149.
- Conde, V. y Franch, J. I.** (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn S. A.
- Conget Donlo, I. y Giménez Álvarez, M.** (2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Avances en diabetología*, 23(2), 77-86.
- Contreras, F. y Esguerra, G.** (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2 (2), 311-319.

- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C. y Gómez, V.** (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179.
- Convit, A.** (2005). Links between cognitive impairment in insulin resistance: An exploratory model. *Neurobiology of Aging*, 26S, S31- S35.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J. & Jackson, G.** (1999). Why don't do patients not attend cardiac rehabilitation? Role of intentions and illness beliefs. *Heart and Lung*, 28, 234-236.
- Cordova M. J., Cunningham L. L., Carlson C. R. & Andrykowski M. A.** (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Journal of Healthy Psychology*, 20, 176-180.
- Corrêa, J., Cunha, F. A., Pires, T. H., Giani T., Ferreira, M. A. , Dantas E.** (2009). Efectos de distintos tipos de actividad física y programas de meditación sobre la calidad de vida y los niveles de depresión en mujeres ancianas activas. *European Journal of Human Movement*, 23, 1-13.
- Cosgrove, M. P., Sargeant, L. A. & Griffin, S. J.** (2008). Does depression increase the risk of developing type 2 diabetes?. *Occupational Medicine*, 58, 7-14.
- Costello, C. G.** (1972). Depresión: loss of reinforcement or loss of reinforcement effectiveness. *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Cox, D., Gonder-Frederick, L., McCall, A., Kovatchev, B. & Clarke, W.** (2002). The effects of glucose fluctuations on cognitive function and QOL: the functional costs of hypoglycaemia and hyperglycaemia among adults with type 1 or type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Practice, Suppl.* 129, 20-26.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A.** (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 798-830.
- Crumbaugh, J. & Maholick, L.** (1968). Cross validation of Purpose-In-Life Test based of Frankl concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81.
- Crumbaugh, J. & Maholick, L.** (1969). *Manual of instructions for the Purpose In Life Test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Cuenca, E., Álamo, C., López-Muñoz, F., Martín, B. y García-García, P.** (2002). Hipótesis noradrenérgica de la depresión y su implicación en el desarrollo de fármacos antidepresivos. 3º Congreso virtual de psiquiatría Interpsiquis.
- Daniels, G. E.** (1939) Present trends in the evaluation of psychic factors in diabetes mellitus: A clinical review of experimental, general medicine and psychiatric literature of the least 5 years. *Psychosomatic Medicine*. 1, 528-552. Cit. por Robinson, N & Fuller, J.H. (1985) Role of life events and difficulties in the onset of Diabetes Mellitus. *Journal of psychosomatic Research*. 29(6), 583-591
- Davidson, K. & Prkachin, D.** (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact of health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 617-625.
- Davis C. G.** (2000). Searching for meaning in loss: are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497-540.

- De Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S. H. et al.** (2002). Quality of care and Outcomes in Type 2 Diabetes (QuED) Study Group. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. *Diabetes Care*, 25, 284- 291.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J.** (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta analysis. *Psychosomatic Medicine*. 63, 619-630.
- De Groot, M., Jacobson, A., Samson, J. & Welch, G.** (1999). Glycemic control and major depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 425-435.
- De los Ríos, J. L., Ávila Rojas, T. L. y Montes Banda, G.** (2005). Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13 (1), 9-14.
- De Moor, J. S., De Moor, C. A., Basen-Engquist, K., Kudelka, A., Bevers, M. W. & Cohen, L.** (2006). Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 4, 555-562.
- De Ridder, D., Fournier, M. & Bensing, J.** (2004). Does optimism affect self-reported health status in chronic disease? And what are the consequences for self-care behavior and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 341-350.
- Dekker, H. y Lechner, L.** (2005). De relatie tussen coping, diabetesregulatie en depressie bij mensen met diabetes [The relationship between coping style, glycaemic control and depression in people with diabetes]. *Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid*, 33, 305-317.
- Demas, P. & Wylie-Rosett, J.** (1990). The Health Belief Model (HBM) re-examined as a guide for intervention: Perceived susceptibility to diabetic complications as a source of stress. *Diabetes*, 39(Suppl. 1), 9A.
- Di Matteo, M. R.** (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, 207-218.
- Diaz Rojo, A.** (2004). El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. *Panacea*, 5 (15), 30-36.
- Díez, M. A.** (1994). *Depresión y anticipación en la menopausia*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- Diener, E. & Lucas, R.** (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener & N. Schwartz (Eds.). *Well-being: The foundations of Hedonic Psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- DiMateo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W.** (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160 , 2101-2107.
- Doering, L. V., Dracup, K., Caldwell, M. A., Moser, D. K., Erickson, V. S., Fonarow, G. y Hamilton, M.** (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10, 344-349.
- Domenech, M. I. y Manigot, D. A.** (2001). Diabetes gestacional. *Medicina*, 61, 225-238.
- Dominguez Bellosos, F. J. Manchón Asenjo, M. J. y Soto Loza, A.** (2009). Depresión, melancólica: aspectos históricos, nosológicos y conceptuales. *Psiquiatría.com*. 13(4).
- Domínguez García, V. L.** (1991). Sobre la "Melancolía" en Hipócrates. *Psicothema*, 3(1), 259-267.

- Dunbar, H. F; Wolfe, T. D; Rioch, J. Mc. K.** (1936). Psychiatric aspects of medical problems. *American Journal of Psychiatry*, 93, 649-679 Citado en Beamish. R. E. (1985) *Stress and heart Disease*. The Netherlands: Klumer Academic Publishers.
- Dunkel-Schetter, C. A.** (1984). Social Support and cáncer: Findings base don patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
- Dunn, A. L, Trivedi, M. H, Kampert, J. B, Clark, C. G & Chambliss, H. O.** (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and response dose. *American Journal of Preventive Medicine*, 28,1-8.
- Eaton, W. W., Armenian, H., Gallo, J., Pratt, L. y Ford D. E.** (1996). Depression and Risk for Onset of type II diabetes: a prospective population-based study. *Diabetes Care*, 19, 1097-1102.
- Edwards, M & Holden, R.** (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (12), 1517- 1534.
- Edwards, M. J. & Holden, R. R.** (2003). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1133-1150.
- Egede, L.** (2004). Diabetes , major depression and functionality disability among US adults. *Diabetes Care*, 27, 421-428.
- Egede, L. E., Nietert, P. J. & Zheng, D.** (2005). Depression and all- cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*. 28, 1339-1345.
- Eldridge, D.** (1994). Developing coherent community support networks. *Family Matters*, 17, 56-59.
- Ell, K., Katon, W., Xie, B. et al.** (2010). Collaborative care management of major depression among low-income, predominatly Hispanics with diabertes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 33, 706-713.
- Ellermann, C. R.** (2001). Self-Transcendence and Depression in Middle-Age Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (7), 698-713.
- Emmons. R. A.** (2005). Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion. *Journal of Social Issues*, 61(4), 731–745.
- Equipo Portal Mayores** (2009). Un perfil de las personas mayores en España, 2009. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 97.
- Eurodiab Ace Study Group** (2000). Variations and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. *The Lancet*, 355, 873- 876.
- Expert Commitee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus** (1997). Report of the Expert Commitee of the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 20, 1118-1197.
- Febres Balestrini F., Zimmer E., Guerra C., Zimmer E. y Gil J.** (2000). Nuevos conceptos en diabetes mellitus gestacional: Evaluación prospectiva de 3070 mujeres embarazadas. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 60, 229-237.
- Fernández-Real, J. M. y Ricart, W.** (2003). Insulin resistance and chronic cardiovascular inflammatory syndrome. *Endocrine Reviews*, 24(3), 278-301.
- Ferrer-García, J. C., Sánchez López, P., Pablos-Abella, C., Albalat-Galera, R., Elvira-Macagno, L., Sánchez-Juan, C. y Pablos-Monzó, A.** (2011). Benefits of a home-based physical exercise program in elderly subjects with type 2 diabetes mellitus *Endocrinología y Nutrición* 58 (8), 387-394.

- Feskens, E. J. & Van Dam, R. M.** (1999). Dietary fat and the etiology of type 2 diabetes: an epidemiological perspective. *Nutricion in Metabolic Cardiovascular Disease*, 9,87-95.
- Figiel, G. S., Epstein, C. & Mc Donald, W. M.** (1998). The use of rapid-rate transcranial magnetic stimulation (rTMS) in refractory depressed patients. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 10, 20-25.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Estévez, A. E.** (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21, 66-72.
- Figuerola, D.** (2003). *Diabetes* (4ªed.). Barcelona: Masson.
- Figuerola, D., Recasens, A., Castell, C., Lloveras, G. y Grupo Catalán de Estudio de la Diabetes (GCED)** (1992). La asistencia al diabético en Cataluña. Estudio en una muestra de población. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 99, 90-95.
- Fiorentino, M. T.** (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 95-114.
- Fisher, L., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow, R. E., Hessler & D., Masharani, U.** (2010). Diabetes Distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes Care*, 33(1), 23-27.
- Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T. et al** (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 25, 1096-1101.
- Flannery, R. B., Perry, J. C., Penk, W. E. & Flannery, G. J.** (1994). Validating Antonovsky Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575-577.
- Flood, M. & Boyd, M.** (2008). Successful aging in a southern older adult sample. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 8 (3). Consultado el 2 de marzo de 2013, en <http://snrs.org/publications>.
- Folkman S. & Lazarus, R. S.** (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21,219-239.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T.** (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T.** (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folin, O. Dennis, W. & Smilie, W. G.** (1914) Some observations on “emotional glucosuria” in man. *Journal of Biochemical* 17, 519-520. Cit. por Robinson, N & Fuller, J.H. (1985) Role of life events and difficulties in the onset of Diabetes Mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 29(6), 583-591
- Ford, L. A.** (2002). Predictors of psychological functioning in African American women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63 (1B), 523.
- Forrest, K. Y. Z., Becker, D. J., Kuller, L. H., Wolfson, S. K. & Orchard T. J.** (2000). Are predictors of coronary Heart disease and lower-extremity arterial disease in type 1 diabetes the same? A prospective study. *Atherosclerosis*. 148, 159- 169.

- Fournier, M., De Ridder, D. & Bensing, J.** (2003). Is optimism sensitive to the stressor of chronic disease? The impact of type 1 diabetes mellitus and multiple sclerosis on optimistic beliefs. *Psychology and Health*, 18 (3), 277-294.
- Fournier, M., Ridder, D. & Bensing, J.** (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness *Personality and Individual Differences*, 33, 1163-1183.
- Fowler, C. & Bass, L. S.** (2006). Illness representation in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 137-187.
- Foye, L. W.** (1997). The relationship between coping and depressed mood: The impact of coping strategy and situational control. *Dissertation Abs-tracts International*, 58, 2118.
- Frankl V. E.** (1979, 1988). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl V. E.** (1990). *Psicoanálisis y Existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia* México: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V.** (1984, 2003). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. (9ª edición). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E.** (1999). *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós.
- Frazier, L.** (2000). Coping with disease-related stressors in Parkinson's disease. *Gerontologist*, 40(1), 53-63.
- Freund, P. E. S. & McGuire, M. B.** (1999). *Health, illness, and the social body*, (3ª ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, L.C., Weinberg, A.D., Webb, J.A., Cooper, H.P. & Bruce, S.** (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 59-65.
- Frutos González, V. y Guerrero Peral, A. L.** (2010). La neurología en la medicina bizantina. Análisis del Medici libri Duodecim de Alejandro de Tralles. *Revista de Neurología*, 51(7), 437- 443.
- Fujinami, A., Otha, K., Obayashi, H., Fujikui, M., Hasegawa, G., Nakamura, N. et al.** (2008). Serum—brain derived neurotrophic factor in patients with type 2 diabetes mellitus: relationship to glucose metabolism and biomarkers of insulime resistance. *Clinical Biochemistry*, 41, 812-817.
- Gallego-Pérez, J. F. y García-Alandete, J.** (2004). Sentido en la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 8, 49-64.
- Gallego-Pérez, J. F., García-Alandete, J. y Pérez-Delgado, E.** (2007a). Religiosidad y sentido de la vida: un estudio empírico. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 17.
- Gallego-Pérez, J. F., García-Alandete, J. y Pérez-Delgado, E.** (2007b). Factores del test Purpose in Life y Religiosidad. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 213-229.
- Garay López, J., Moysén Chimal, A., de la Luz Esteban Valdez, J. M. y Gurrola Peña, G. M.** (2012). La depresión y el afrontamiento en pacientes con padecimientos renales. Psicología clínica y de la salud. Comunicación presentada en: 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis*.
- Garay Sevilla M. E.** (2005). El mundo emocional del paciente diabético. II Encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia, [Internet]. León, Guanajuato: Gobierno. Consultado el 5 de abril del 2013. <http://octi.guanajuato.gob.mx/octigto/formularios/ideas>

- Garay-Sevilla ME, Malacara JM, Gutiérrez-Roa A y González E.** (1999). Denial of disease in non-insulin dependent diabetes mellitus its influence on metabolic control, and associated factors. *Diabetic Medicine*, 16, 238-244.
- García -Aldanete, J., Gallego-Pérez, J. F. y Pérez-Delgado, E.** (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8 (2) ,447-454.
- García Grageola, E. y Gómez Soto, V.** (2002). La depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 de primera vez. *Diabetes Care*, 55, 278-291.
- García Pérez, A. M., Leiva Fernández, F., Crespo Martos, F., García Ruiz, A. J., Prados Torres, D., Sánchez de la Cuesta y Alarcón, F.** (2001). Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familia*, 2 (1), 29-34.
- García, G. y Díaz, R.** (2005). Diabetes mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 13(7), 207-210.
- García-Alandete, J., Martínez, E. R., Gallego-Pérez, J. F.** (2010). *Diferencias en logro de sentido de la vida asociadas al sexo en universitarios españoles*. Comunicación presentada en: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Psiquiatría.com.
- García-Santalla, J. L., Pérez Urdániz, A. y Recio Martín, J.** (1989). *Concepto de síndrome depresivo a través de la historia*. En Ledesma Jimeno, A. y Melero Marcos, L. Estudios sobre las depresiones. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Gardner, D. G. y Shoback, D.** (2008). *Endocrinología básica y clínica de Greenspan (7ªed)*. México: Manual Moderno.
- Garrison, H. F.** (1966). *Medicina Griega*. Historia de la medicina. México: Interamericana.
- Gartstein, M. A., Noll, R. B. & Vannatta, K.** (2000). Childhood aggression and chronic illness: Possible protective mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21(3), 315-333.
- Garvard, J. A., Lustman, P. J. & Clouse, R. E.** (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16, 1167-1178.
- Gaviria Gómez, A., Richard Londoro, C. y ValderramaJaramillo, M. I.** (2007). Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2. Facultad de psicología, Universidad CES. Extraído el 26 de septiembre de 2012 <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/>
- Gerogiades, A., Zucker, N., Friedman, K. E., Mosunic, C. J., Applegate, K., lane, J. D., Feingloss, M. N. & Surwit, R. S.** (2007). Changes in depression symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 69, 234-241.
- Gerrig, R. J. y Zimbardo, P. G.** (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson.
- Gerstein, H. C.** (1994). Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 17, 13-19.
- Gillham, J. Shatté, A. Reivich, K. & Seligman, M. E. P.** (2001). *Optimism, and explanatory style*. En Chang, E. (Ed.). Optimism and pesimis. Implications for Theory, research and practice. Washington, DC: American psychological Association.
- Gil-Roales, J.** (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- Ginarte, R. y Arias, Y.** (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina Integral General*, 17(5), 502-505.
- Giralt Muiña, P., Antillana Ferrer, L., Madrigal Barchino, D., Merlo Garrido, A., Toledo de Torre, B. y Anaya Barrea, F.** (2001). Incidencia en menores de 16 años y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 a en la Provincia de Ciudad Real. *Anales Españoles de Pediatría*, 55(3), 213-218.
- Girtler, N., Casari, A.F., Brugnolo, A., Cutolo, A., Dessi, B., Guasco, S. et al.** (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. *Clinical Experimental Rheumatology*, 28, 669-678.
- Glasgow, R. E., McCaul, K. D. & Schafer, L. C.** (1986). Barriers to regimen adherence among persons with insulindependent diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 65-77.
- Goday Arno, A., Carrera Santaliestra, M. J. y Cano Pérez, J. F.** (2007). Epidemiología de la diabetes. En Gomis, R, Rovira, A., Felú, J. E. y Oyarzábal, M. *Tratado SED de diabetes mellitus*. Madrid: Panamericana.
- Goday, A. et al.** (1996). Los estudios de incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en España. Análisis comparativo y consenso de metodología estandarizada. *Avances en Diabetología*, 12, 24-28.
- Goday, A.** (2002). Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Revista Española de Cardiología*, 55(6), 657-670.
- Godoy, D., Godoy, J. F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L.** (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Godina Herrera, C.** (2002). Sobre la melancolía. *La lámpara de Diógenes*, 3(5), 35-40.
- Goerlich, F. J., y Pinilla, R.** (2005). Esperanza de Vida y Potencial de Vida a lo largo del siglo XX en España. *Revista de Demografía Histórica*, XXIII(I), 79-109.
- Gois, C. J., Ferro, A. C, Santos, A. L, Sousa, F. P, Ouakinin, S. R, do Carmo, I. & Barbosa, A. F.** (2010). Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetológica* [versión electrónica] (recuperado el 18 de marzo de 2013) <http://www.springerlink.com>
- Gómez-Rocha, S. A., Galicia-Rodríguez, L., Vargas-Daza, E. R., Martínez-González, L. y Villarreal-Ríos, E.** (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 5, 539-542.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D., Driesen, N. & Clarke, W.** (1992). Effects of hypoglycemia on neuropsychological function: A reliability study. *Diabetes*, 41(Suppl. 1), 85A.
- González Arratia, N. I y Valdez Madina, J. L** (2012). Optimismo, pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia Ergo Sum*, 19(3), 207-214.
- González-Tablas, M. M., Díez, M. A., y Llorca, G.** (1996). Fiabilidad y validez del cuestionario de Cogniciones anticipatorias (QCA) de Légeron, Rivière y Marboutin (1991): Estudio de una muestra de mujeres españolas. *Actas Luso- Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 24 (3), 125-128.
- Grant, S. & Langan-Fox, J.** (2007). Personality and the occupational stressor-strain relationship: the role of the Big Five. *Journal of Occupational Health Psychoogy*, 12, 20-33.



- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B. R. & Ovisk, O.** (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, 27,1313–1317.
- Grebot, E., Paty, B. & Girarddephanix, N.** (2006). Styles defensives et strategies d'ajustement ou coping en situation stressante. [Relationships between defense mechanisms and coping strategies, facing exam anxiety performance]. *Encephale*, 32, 315-324.
- Griva, K., Myers, L. B. & Newman, S.** (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and Young adults with insulin dependt diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733-750.
- Grotberg, E.** (1995). *The Internacional Resilience Project.: Promoting Resilience in children.* ERIC
- Guerra, J., Haramburu, M., Escalante, M. y Franco, R.** (2011). Diferencias en aspectos psicológicos entre pacientes hospitalizados crónicos y agudos. *12º Congreso virtual de psiquiatría.* Interpsiquis.
- Gulseren, L. Gulseren, S. Hekimsoy, Z. & Mete, L.** (2005). Comparison of fluoxetine and paroxetine in type II diabetes mellitus patients. *Archives of Medical Research.* 36, 156-165.
- Günther. B. y Morgado, E.** (2000). De los cuatro humores hipocráticos a los modernos sistemas dinámicos: la medicina en perspectiva histórica. *Contribuciones Científicas y Tecnológicas, Area Ciencias Básicas.* 123.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. & Knebel, A.** (2001) .Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health and Medicine*, 6(3), 335-341.
- Gureje, O., Simon, G. E. & Von Korff, M.** (2001). A cross-national study of the course of persistente pain in primary care. *Pain*, 92, 195-200.
- Guthrie, D., Bartsocas, C., Jarros-Chabot, P. & Konstantinova, M.** (2003). Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: Overview and recommendations. *Diabetes Spectrum*, 16, 7-12.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y cols.** (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 126, 445-451.
- Hart, S., Vella, L. & Mohr, D.** (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychology*, 27(2), 230-238.
- Hassmén P, Koivula N & Uutela A.** (2000). Physical exercise and psychological wellbeing: a population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25.
- Hawkins Carranza, F., Jódar Gimeno, E. y Azriel Mira, S.** (2007). *Etiopatogenia de la diabetes tipo 1.* En Gomis, R, Rovira, A., Felú, J. E. y Oyarzábal, M. Tratado SED de diabetes mellitus. Madrid: Panamericana.
- Helgeson, V. S.** (1992). Moderators of the relation between percived control and ajustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 656-666.
- Helz, J. W. & Templeton, B.** (1990). Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review. *American Journal of Psychiatry*, 147(10), 1275-1282.

- Henry, O. A. & Beischer, N. A.** (1991). Long term implications of gestational diabetes for the mother. *Baillieres Clinical and Obstetric Gynaecology*, 2, 461-483.
- Herbert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R. & Scheier, M.** (2009). Positive end negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12(6), 537-545.
- Heredia, J. P. y Pinto, B.** (2008). Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. *AJAYU*, VI(1), 22-41.
- Hermoso Rodríguez, E.** (1996). *Relaciones de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y otros factores psicológicos en la diabetes mellitus tipo I y tipo II*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Herrera Pombo, J. L.** (2007). *Historia natural de la diabetes mellitus*. En Gomis, R, Rovira, A., Felfú, J. E. y Oyarzábal, M. Tratado SED de diabetes mellitus. Madrid: Panamericana.
- Holt, R. I. G.** (2005). Diagnóstico, epidemiología y patogénesis de diabetes mellitus: actualización para psiquiatras. *The Royal College of Psychiatrist*, 3, 18-31.
- Hunter, E. C. & O'Connor, R. C.** (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 355-365.
- Hunter, J., Hamera, E., O'Connell, K. & Heilman, R.** (1985). Coping with stress of following a diabetic regimen. *Diabetes*, 34(Suppl. 1), 42A.
- Hyland, M.** (1992). A reformulation of quality of life for medical science. *Quality of Life Research*, 1, 267-272.
- Hytko, J. & Kright, S.** (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-oncology*. 8, 439-450
- Instituto Nacional de Salud (National Institute of Mental Health)** (2003). Breaking ground, breaking through: The strategic Plan for mood Disorders Research en Luyten, P., Lowyck, B. & Corveleyn, J. (2003) Teoría y tratamiento de la depresión ¿hacia su integración? *Persona*, 6, 81-97.
- Ironson, G; Balbin, E; Stuetzle, R; Fletcher, M.A; O'Cleirigh, C; Laurenceau, J.P; Schneiderman, N. & Solomon, G.** (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal Behavioral Medicine*, 12, 86-97.
- Ismail, K., Winkly, K., Stahl, D., Chslder, T. & Edmond, M.** (2007). A cohort study of people with diabetes and their first food ulcer: The role of depression on mortality. *Diabetes Care*, 30, 4173-4179.
- Issier, J. R., Almirón, M. E., Gamarra, S. C. y Gonzáles, M. S.** (2005). Diabetes gestacional. *Revista de Postgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 152:23-27.
- Jacobson, A. M.** (1993). Depression and diabetes. *Diabetes Care*, 16(12), 1621-1623.
- Jacobson, A. M., de Groot, M. y Samson, J. A.** (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 6, 11-20.
- Jervis, G., González, J. L. y Calvo, J.** (2005). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Caracas: Fundamentos.
- Jiménez Chafey, M. I. y Dávila, M.** (2007). Psycho-diabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143.

- Jimenez-Torres, M. G., Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I.** (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28(1), 28-36.
- Jimenez-Moleón, J. J., Bueno-Cavanillas, A., Luna del Castillo, J. D., García Martín, M., Lardelli-Claret, P. y Gálvez-Vargas, R.** (2002). Prevalence of gestational diabetes mellitus: variations related to screening strategy used. *European Journal of Endocrinology*. 146, 831-837.
- Johnson, J. E.** (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health*, 19, 3-12.
- Jonas, B. S. & Lando, J. F.** (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 188–196.
- Kamen, L., Rodin, J. & Seligman, M.** (1987). *Explanatory style and immune functioning*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Katon, W. J.** (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*. 54, 216-226.
- Katon, W. J., Lin, E. H., Russo, J., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Simon, G., Ludman, E., Bush, T., Young, B.** (2004). Cardiac risk factors in patients with diabetes mellitus and major depression. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1192- 1199.
- Katon, W. J., Rutter, C., Simon, G., Lin, E. H. B., Simon, G., Linh, E., Ludman, E., Ciechanowski, P. Kinder, L., Young, B. & Von Korff, M.** (2005). The association of comorbid Depression with mortality in Patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(11), 2668-2672.
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H., et al.** (2004a). The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archieve of Generla Psychiatry*. 61,1042–1049.
- Katon, W., Lin, E., Von Kroff, M. et al.** (2010). Integrating depression and chronic disease care among patients with diabetes and/or coronary heart disease: The design of the TEAMcare study. *Contemporary Clinical Trials*. 31, 312–322.
- Katon, W., Maj, M. & Sartorius, N.** (2010). *Depression and Diabetes*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blacwell. World psychiatric Association.
- Katon, W., Russo, J., Lin, E. H. B. et al** (2009). Depression and diabetes: factors associated with major depression at five-year follow up. *Psychosomatics*, 50, 570-579.
- Katon, W., Von Kroff, M., Ciechanowsky, I. P. et al** (2004b) Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 27, 914-920.
- Katon, W., Von Kroff, M., Lin, E.H., Simon, G., Ludman, E., Risso, J., Ciechanowski, P., Walker, E. & Bush, T.** (2004c). The pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry*. 61, 1042-1049.
- Katz, I. R.** (1996). On the inseparability of mental and physical health in aged persons: lessons from depression and medical comorbidity. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 1– 16.

- Kauffman, R. P., Castracane, V. D., Withe D. L. et al.** (2005). Impact of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram on insulin sensitivity, leptin and basal cortisol secretion in depressed and non-depressed euglycemic women of reproductive age. *Gynecological Endocrinology*, 21, 129-137.
- Kent, S., Bluthé, R. M., Kelley, K. W. & Danzer, R.** (1992). Sickness behaviour as a new target for drug development. *Trends in Pharmacology Sciences*. 13, 24- 28.
- Kern, E. & Moreno, B.** (2007). Resiliencia en Niños Enfermos Crónicos: Aspectos Teóricos. *Psicología en estudio*. 12, 81-86.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Rao, M. K. et al.** (2002). Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 873-876.
- Kimberly., J. A. & Serovich, J. M.** (1999). The role of family and friend social support in reducing risk behaviors among HIV-positive gay men. *AIDS Education and Prevention*, 11, 465-490.
- King, K. B., Rowe, M. A., Kimble, L. P. & Zerwic, J. J.** (1998). Optimism, coping and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15-26.
- Kivimaki, M., Alovaino, M., Singh- Manoux, A., Vahtera, J., Hlenius, H. & Pentti, J.** (2005). Optimism and pessimism as a predictor of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology*, 24(4), 413-421.
- Kjos, S. L. & Buchanan, T. A.** (1999). Current Concepts: Gestational Diabetes Mellitus. *New England Journal of Medicine*, 341, 1749-1756.
- Knol, M., Twisk, J., Beekman, A. et al.** (2006). Depression as a risk factor of the onset of type 2 diabetes mellitus, A meta-analysis. *Diabetologia*, 9, 837-885.
- Knol, M. J., Twisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., Hein, R. J. Snoek & Ouwer, F.** (2006). Depression as a Risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49, 837-845.
- Knowles, S. R., Wilson, J. L., Connell, W. R. & Kamm, M. A.** (2011). Preliminary Examination on the Relationship between Disease Activity, Illness perceptions, coping strategies and psychological Morbidity in Crohn's Disease Guided by the Common Sense Model of Illness. *Inflammatory Bowel Disease*, 17(12), 2551-2558.
- Kobasa, S., Maddi, S. & Kahn, S.** (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 4, 168-177.
- Koenig, H. G., George, L. K., Peterson, B. L. & Pieper, C. F.** (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1376-1383.
- Koenig, H.** (2002). An 83-Year-Old Woman with Chronic Illness and Strong Religious Beliefs. *Journal of American Medical Association*, 288(4), 487-493.
- Koenig, H.G., McCullough, M. & Larson, D.** (2000). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Korotkov, D.** (1998). The sense of coherence: Making sense out of chaos. In Wong, P.T.P and Fry, P. (Eds.). *Handbook of personal meaning: Theory, research, and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M.** (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S. & Bonar, L. K.** (1997). Psychiatric disorders in youth with IDDM: rates and risk factor. *Diabetes Care*, 20, 36-44.
- Kovacs, M., Obrosky, D.S, Godston, D. & Drash, A.** (1997). Major depressive disorder in youths with IDDM: a controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care*, 20, 45-51.
- Krabbe, N. S., Nielsen, A. R., Krogh-Madsen, R., Plomgaard, P., Rasmussen, P., Erikstrup, C. et al.** (2007). Brain- derived neurotrophic factor (BDNF) and type 2 diabetes. *Diabetología*, 50, 431-438.
- Krzemien, D., Monchetti, A. y Urquijo, S.** (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22 (2), 183-210.
- Kunik, M. E., Roundy, K., Veazey, C., Soucek, J., Richardson, P., Wray, N. P. et al.** (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, 127, 1205-211.
- Kupfer, D. J. & Frank, E.** (2001). The interaction of drug and psychotherapy in the long-term treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 62, 131-137.
- La Greca, A. M., Hurtwitz, B. E., Freeman, C. R., Wick, P., Ireland, S., Agramonte, R. F., Marks, J. B., Schneiderman, N. & Skyler, J. S.** (1991). Autonomic dysfunction in adults with IDDM: Implications for psychological functioning. *Diabetes*, 40(Suppl. 1), 431A.
- Landis, B. J.** (1996). Uncertainty, Spirituality, well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 217-231.
- Längle, A.** (2005). The search for meaning in life and the existential fundamental motivations. *Existential Analysis*, 16 (1), 2-14.
- Larry Jameson, J.** (2007). *Harrison Endocrinología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Larson C., Gullberg, B., Rastam, L. & Lindblad, U.** (2009). Salivary cortisol differs with age and sex and shows inverse associations with WHR in Swedish women: a cross-sectional study. *BMC Endocrinology Disorders*, 9(16).
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez, J. L. et al.** (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*; 57,261-265.
- Lazalde, B., Sánchez Urbina, R., García de Alba G. J. E., y Ramírez Dueñas, M. L.** (2001). Diabetes mellitus gestacional y malformaciones congénitas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 69 (10), 399-405.
- Lázarus, R. S. y Lázarus B. N.** (2000). *Pasión y Razón*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivo* [Stress and cognitive processes]. Barcelona: Martínez Roca.
- Lean, M. E.** (2000). Obesity: burdens of illness and strategies for prevention or management. *Drugs Today*, 36, 773-784.
- Ledón Llanes, L.** (2008). El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 19(2), 1-25.

- Ledón Llanes, L.** (2011). Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(3), 324-337.
- Ledón Llanes, L.** (2012). Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. *Revista Cubana Endocrinología*, 23 (1), 76-97.
- Ledón, L., Chirinos, J., Hernández, J. A., Fabrè, B. y Mendoza, M.** (2004). El Precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas viviendo con endocrinopatías. *Revista Cubana de Endocrinología*. 15(3) [electrónica] (Extraído el 5 de Septiembre de 2011). [http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol15\\_3\\_04/end04304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol15_3_04/end04304.htm)
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M. & Cagnon, A. J.** (2004). Clarifying “meaning” in the context of cáncer research: A systematic literature review. *Palliative and Supportive Cancer*, 2, 291-303.
- Légeron P.** (1991). Predictive factors of a good response to cognitive therapies in depression *Encephale*, 3, 405-409.
- Légeron P., Rivière B., Marboutin, J. P., Rochat, C.** (1993). Anticipatory Cognitions Questionnaire (ACQ). Presentation and validation. *Encephale*, 19(1), 11-16.
- Legéron, P. Rivière, B. & Marboutin, L. P.** (1991). L'échelle des cognitions anticipatoires. *Éncéphale*, 19, 11-16.
- León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Barriga Jiménez, S., Ballesteros Regaña, A., Herrera Sánchez y I. M.** (2004). *Psicología de la salud y de la Calidad de vida*. Barcelona: UOC.
- Letelier, C., Núñez, D. y Rey, R. J.** (2011). Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 basada en sus Representaciones de Enfermedad. *PSYKHE*, 20(2), 115-130.
- Leventhal H, Meyer D & Nerenz D.** (1980). The Common Sense Model of Illness Danger. In: Petrie K, Weinman J, eds. *Perceptions of Health and Illness*. (pp. 19–46). Amsterdam: OPA.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L. et al.** (1997). Illness representations: Theoretical Foundations. In K.J. Petrie y J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Cameron, L.** (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D.** (1980). The common- sense representation of illness danger. En S. Rachman (ED.) *Contributions to medical psychology* (pp, 7-30). New York: Pergamon Press.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H.** (1995). *Behavioral theory and treatment of depression*. En E. Bekham, E. & Leber, W. R. (Eds), *Handbook depression* (pp. 352-375) New York: Guildford.
- Li, S., Shin, H. J., Ding, E. L. & Van Dam, R. M.** (2009). Adiponectin levels and risk of type 2 diabetes: a systematic review and metaanalysis. *Journal of the American medical Association*, 302, 179-188.
- Libman, I. M.** (2009). Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes “doble”? *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 46(3), 1-15.

- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Aradilla, A.** (2008). *Relación entre estrategias de afrontamiento y felicidad: estudio preliminar*. Interpsiquis.
- Lindeman, R. D., Romero, L. J., Hundley, R., Allen, A. S., Liang, H. C., Baumgartner, R. N. et al.** (1998). Prevalences of type 2 diabetes, the insulin resistance syndrome, and coronary heart disease in an elderly, biethnic population. *Diabetes Care*, 6, 959-966.
- Lindqvist, R., Carlsson, M. & Sjöden, P.** (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1398-1408.
- Linh, E. H., Katon, W., Rutter, C., Simon, G. E., Ludman, E. J., Von Korff, M., Young, B., Oliver, M., Ciechanowski, P., Kinder, L. & Walker, E.** (2006). Effects of enhanced depression treatment on diabetes self-care. *Annals of Family Medicine*, 4, 46-53.
- Linh, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Bush, T., Young, B.** (2004). Relationship of depression and diabetes self-care medication adherence and preventive care. *Diabetes Care*, 27, 2154-2160.
- Llorca Ramón, G.** (2010). *La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino*. Discurso de Recepción de Académico Electo. Salamanca.
- Lloyd, A., Sawyer, W. & Hopkinson, P.** (2001). Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value Health*, 4, 392-400.
- Lloyd, C.** (2008). Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes Voice*, 53 (1), 23-26.
- Lo, R. & MacLean, D.** (2001). The dynamics of coping and adapting to the impact when diagnosed with diabetes. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 19, 26-32.
- Lo, S. S., Tun, R. Y., Hawa, M. & Leslie R. D.** (1999). Studies of diabetic twins. *Diabetes Metabolic Reviews*, 7, 223-238.
- Longrigg, J.** (1993). *Greek Rational Medicine*. Philosophy and Medicine from Alcmeon to the Alexandrians. London: Routledge.
- López, J. y Rodríguez, M. I.** (2007). La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Psicooncología*, 4(1), 111-120.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R. & Rasmussen, H. N.** (2003). Striking a vital balance: developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 3-20). USA: American Psychological Association.
- Lorente, I.** (2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Avances en diabetología*, 23(2), 94-99.
- Lorenz, K. Z.** (1977). *Behind the Mirror*. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Lozano Tokin, C.** (1985). *Enfermedades del metabolismo*. Pregrado. Madrid: Luzan 5.
- Lukas, E.** (1989). *Meaning in suffering*. Berkeley: Institute of Logotherapy.
- Lukas, E.** (2001). *Paz vital, plenitud y placer de vivir. Los valores de la logoterapia*, Barcelona: Paidós.

- Lustman, P. J., Clouse, R. E., Nix, B. D., Freedland, K. E., Rubin, E. H., McGill, J. B., Williams, M. M., Gelenberg, A. J., Ciechanowski, P. S. & Hirsch, I. B.** (2006). Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Archieve General of Psychiatry*, 63, 521–529.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Garvard, J. A. & Clouse, R. E.** (1992). Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 15, 1631- 1639.
- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., De Groot, M., Carney, R. & Clouse R.** (2000). Depression and poor glycemic control. A meta- analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942.
- Lustman, P. J.** (2000a). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942
- Lustman, P. J., Freedland, K. E., Griffith, L. S. & Clouse, R. E** (2000b). Fluoxetine for depression in Diabetes. A randomized double-blind placebo controlled trial. *Diabetes Care*, 23, 618-623.
- Lustman, P. J., Clouse R. E., Nix, B. et al.** (2006). Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus. A randomized. Double blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psichiatry*, 63, 521- 529.
- Lustman, P. J., Clouse, R. E. & Freedland, K. E** (1998). Management of major depression in adults with diabetes: implications of recent clinical trials. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 3, 102-114.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S. & Clouse R. E.** (1988). Depression in adults with diabetes. Results of 5-year follow-up study, *Diabetes Care*, 11, 605-612.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S. Freedland, K. E. & Clouse R. E.** (1997). The course of major depression in diabetes. *General Hopsital Psichiatry*, 19, 138-13.
- Luthar, S. & Cicchetti, D.** (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luyten, P., Lowyck, B. y Corveleyn, J.** (2003). Teoría y tratamiento de la depresión ¿hacia su integración? *Persona*, 6, 81-97.
- Lyketsos, C. G.** (2010). Depression and diabetes: More on what the relationship might be. *American Journal of Psychiatry*, 167 (5).
- Lynch, C. P., Hernández-Tejada, M. A., Strom, J. L. & Egede, L. E.** (2012). Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 38, 427-435.
- Lyubomirsky, S.** (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Uranos.
- Macrodimitris, S. D & Endler, N. S.** (2001). Coping, control, and adjustment in Type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20, 208–216.
- Maes, M., Minner, B., Suy, E., Vandervorst, C. & Raus, L.** (1991). Coexisting dysregulations of both the sympathoadrenal system and Hypothalamic-pituitary- adrenal axis in melancolía. *Journal of Neural Transmission: General Section*, 85, 195-210.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. y Sykes, C.** (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Marques, S.** (2006). The relationship between attachment style and coping strategies in late adolescence. Dissertation Abstracts International. *The Sciencies and Engineering*, 66, 3975.



- Martín Alfonso L.** (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Martín Alfonso, L.** (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(3). [versión electrónica] consultada el 11 de Marzo de 2013 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es)
- Martín Carbonell, M., Riquelme Marín., A. y Lechuga Pallá, M.** (2007). Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 17(1), 63-68.
- Martín, L. y Grau, J.** (2005). *La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. En J. Grau (Ed.), *Psicología de la Salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Martín, P. D. & Brantley, P. J.** (2002). Stress, Coping, and Social Support in Health and Behavior. En: T. J. Boll, J. M. Raczynski, and L. C. Levinson (Eds). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Vol. 2 (pp. 233-267). American Psychological Association: Washington DC.
- Martínez Lorca, A.** (2005). *Una indagación sobre la melancolía*. Conferencia Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Málaga.
- Martínez Marcos, M., Coco González, B., Fraile Galindo, P., Casado Lollano, A., Domínguez Bidagor, J. y Ramos Martín, A.** (2007). Eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento en pacientes diabéticos. *Metas de Enfermería*, 10(1), 23-30.
- Martínez, M.** (1999). *La psicología humanista*. México: Trillas
- Martinsen, E. W., Friis, S. & Hoffart, A.** (1995). Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta of Psychiatry Scand*, 92, 460-463.
- Martorelli, A. y Mustaca, A.** (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplantes*, 24(3), 99-104.
- Mas, M. y Pérez, F.** (2000). *Capitalización y Crecimiento de la Economía Española (1970-1997). Una Perspectiva Internacional Comparada*. Fundación BBVA. Madrid.
- Mast, B., Miles, T., Pennix, B. et al.** (2008). Vascular disease and future risk of depressive symptomatology in older adults: findings from the Health, Aging and Body Composition study. *Biological Psychiatry*, 64, 320-326.
- Masten, A. S. & Powell, J. L.** (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-29). Cambridge: University Press.
- Mata Cases, M., Roset Gamisans, M., Badia Llach, X., Antoñanzas Villar, F. y Ragel Alcázar, J.** (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Revista de Atención Primaria*, 31 (8), 493-409.
- Matta, S. G., Fu, Y., Valentine J. D. & Sharp, B. M.** (1998). Response of the hypothalamo- pituitary-adrenal axis to nicotine. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 103-113.
- Maturana, H. & Varela, F.** (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*, Reidel, Boston.

- Maudsley, H.** (1899) *The pathology of Mind*. 3ªEd., New York: Appelton. Cit. por Robinson, N & Fuller, J.H. (1985) Role of life events and difficulties in the onset of Diabetes Mellitus. *Journal of psychosomatic Research*. 29(6), 583-591
- Max, O. M.** (1970). Nineteen-century medical Psychology. Theoretical problems in the work of Griesinger, Mayer and Wernicke. *Isis*, 61(3), 355-370.
- May, R.** (2000). *La psicología y el dilema del hombre*. Barcelona: Gedisa.
- McCaffery, J. M., Frasura-Smith, N., Dube, M. P. et al.** (2006). Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: a review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. *Psychosomatic Medicine*, 68, 187-200.
- McCaffery, J. M., Niaura, R., Todaro, J. F. et al.** (2003). Depressive symptoms and metabolic risk in adults male twins enrolled in the National Heart, Lung and Blood Institute Twin Study. *Psychosomatic Medicine*, 65, 490-497.
- McCall A. L. & Kovatchev B. P.** (2009). The median is not the only message: a clinician's perspective on mathematical analysis of glycemic variability and modelling in diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Sciences and Technology*, 3, 3-11.
- McFarlin, D. B. & Blascovich, J.** (1981). Effects of self-esteem and performance feedback on future affective preferences and cognitive expectations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 521-531.
- McWire, V., Rauh, M. J, Mueller, B. & A, Hickock, D.** (1996). The risk of diabetes in a subsequent pregnancy associated with prior history of gestational diabetes or macrosomic infant. *Pediatric Perinatal Epidemiology*, 1, 64-72.
- Méndez Carrillo, F. X. y Beléndez Vázquez, M.** (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10(2), 189-198.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C. y Alfonso, J. C.** (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17 (5-6), 353-361.
- Menninger, W. C.** (1935). Psychologic factors in the etiology of diabetes. *The Journal of Nervous and Mental Disorder*, (81),1. Citado en Beamish, R. E. (1985) *Stress and Heart Disease*. The Netherlands: Klumer academic publishers.
- Mera, P. C. y Ortiz, M.** (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78.
- Mezuk, B., Eaton, W.W., Albrecht, S. & Golden, S. H.** (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, 2383-2390.
- Micheli-Serna, A.** (2002). Notas sobre la Medicina del antiguo Islam. *Gaceta Médica de México*, 138(3), 281-285.
- Mikulic, I. M., Cassullo, G. L.; Crespi, M. C. y Marconi, A.** (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de Investigación*, 16, 365-373.

- Millar, W. & Thorensen, C.** (2003). Spirituality, religión and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Miller, R., Sabin, C. A., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. & Lee, C. A.** (2000). Coping Styles in families with haemophilia. *Journal of Psychology, Health and Medicine*, 5(1), 3-12.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A. Grennan, J., Laruffa, G. Skummy, A. & Dutcher, J.** (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential need among an ethnically- diverse cancer patient population. *Psychooncology*, 8(5), 378-385.
- Molasso, W. R.** (2006). Exploring Frankl's Purpose in Life with college students. *Journal of College and Character*, 7 (1), 1-10.
- Moos, R. H. & Holahan, C. J.** (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Moran, C., Landero, R. y González, M. T.** (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Columbia University Psychology*, 9 (2), 543-552.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo, F. & Koenig, G. H.** (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 242-50.
- Moreno, C., Sánchez, A., Feito, M. A., Bernat, E., Fons, A. S. y Pujol, A.** (2004). Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería Clínica*, 14(6), 307-312.
- Morling, B. & Evered, S.** (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychology Bulletin*, 132, 269-296.
- Morris, T. & Greer, S.** (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, 102.
- Moussari, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B.** (2007). Depression, chronic disease, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Moyer, A. & Levine, E.** (1998). Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 149-158.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J. & Rummans, T. A.** (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinical Procedures*, 76(12), 1225-1235.
- Musselman, D. L., Bethan, E., Larsen, H. & Phillips, L. S.** (2003). Relationship of depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Biological Psychiatry*. 54, 317-329.
- Myers, L. B., Newman, S. P. & Enomoto, K.** (2004). Coping. En A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health psychology* (pp. 141-157). Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- National Centre of Health Statistics** (1991). Health, United States. Hyattsville, Md: publication PHS 92-1232. Citado en Brownson, R.C., Remington, P.L. y Davis, J.R. (1993) *Chronic disease epidemiology and control*. Washington: American Public Health Association.
- Navarro, A. B. y Bueno, B.** (2005). Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(1), 34-43.
- Navas, C. y Villegas, H.** (2006). Espirituosidad y Salud. *Revista Ciencia de la Educación*, 1(27), 29-45.

- Nazar-Beutelspacher, A. y Salvatierra-Izaba, B.** (2010). Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Papeles de Población*, 16(64), 67-92.
- Newlin, K., Melkus, G., Tappen, R., Chyun, D. & Koenig, H.** (2008). Relationship of religion and spirituality to glycemic control in black women with type 2 diabetes. *Nursing Research*, 57(5), 331-339.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Geller, P.** (2003). *Handbook of Psychology. Health Psychology*. Wasington: Jhon Wiley & Sons, Inc.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Faddis, S., DelliCarpini, L. A. & Houts, P. S.** (1995). *Social problem solving as a moderator of cancer-related stress*. Paper presented to the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Nicholas, D. B., Otley, A., Smith, C. et al.** (2007). Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health Quality of Life Outcomes*, 5, 28.
- Nobel, G.** (1991). Aspectos psicosociales del enfermo crónico. *Enfermería Psicosocial*, II, 239-241.
- Noblejas de la Flor, M. A.** (1994). *Logoterapia. Fundamentos principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis doctoral. Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Noblejas de la Flor, M. A.** (2000). Fiabilidad de los test PIL y Logo-test. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 4, 81-90.
- Noel, P. H., Williams, J. W, Unutzer, J., et al.** (2004). Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Annals of Family Medicine*, 2, 555-562.
- Novel Martí, G., Lluch Canut, M. T., y Miguel López de Vergara, M. D.** (2000). *Enfermería psicosocial y Salud mental*. Barcelona: Elsevier.
- O'Connor, P. J., Crain, A. L., Rush, W. A., Hanson, A.M., Fisher, L. R. & Klunzik, J. C.** (2009). Does diabetes double the risk of depression? *Annals of Family Medicine*, 7, 328-335.
- O'Connel, K., Lofty, M., Fleck, M., Mengech, A., Eisemann, M., Elbi, H. & Schwartzmann, L.** (WHOQOL GROUP) (1999). How do spiritual, religious and personal health beliefs affect quality of life: further development into the World Health Organization (WHOQOL-100) measure. *Quality of Life Research*, 8, 606.
- Oblitas Guadalupe, L. A.** (2009). *La psicología de la Salud y calidad de vida. México: Cengage learning. Of childhood adversities*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Oftedal, B., Bru, E. & Karlsen, B.** (2001). Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(1), 12-22.
- Okamura, F., Tashiro, A., Utumi, A. et al.** (2000). Insuline resistance in patients with depression and its changes during the clinical course of depression: minimal model analysis. *Metabolism*, 49, 1255-1260.
- Ong, A. D., Zautra, A. J. & Reid, M. C.** (2010). Psychological resilience pre-dicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psy-chological Aging*, 25, 516-523.

- Ongen, D.** (2006). The relationship between coping strategies and depression among Turkish adolescents. *Social Behavior and Personality*, 34, 181-196.
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villaroel, P.** (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*, 10 (1), 119-134.
- Ortiz, J., Ramos, N., Rojas, D. y Vera-Villaroel, P.** (2002). *Evaluación de ansiedad, Síntomas depresivos, Nivel de Optimismo y Sistema Inmune en mujeres en fase diagnóstica inicial de patología mamaria.* Comunicación presentada en el XV Congreso nacional de Psicología Clínica y VII Congreso Iberoamericano de psicología de la Salud, Santiago de Chile.
- Ortiz, M.** (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psyche*, 13, 21 - 31.
- Ortiz, M.** (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24, 139-147.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gómez, D.** (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Osborn, C. Y. & Egede, L. E.** (2012). The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: the role of social support. *General Hospital Psychiatry*, 34 (3), 249–253.
- Paile-Hyvarinen, M., Wahlbeck, K & Ericksson, J. G.** (2003). Quality of life and metabolic status in mildly depressed women with type 2 diabetes treated with paroxetine: a single blind randomized placebo controlled trial. *BMC Family Practice*. 4, 7.
- Pan, J. Y, Wong, D. F., Joubert, L. & Chan, C. L.** (2008). The Protective Function of Meaning of Life on Life Satisfaction among Chinese Students in Australia and Hong Kong: A Cross-Cultural Comparative Study. *Journal of American College Health*, 57, 221-231.
- Paredes Carrión, R.** (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.* Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología con mención en psicología clínica. Universidad católica del Perú.
- Pastor, M. A., López- Rig, S., Rodríguez Marín, J. y Sánchez Pérez, S.** (1990). Apoyo social y salud en pacientes reumáticos. En *Libro de Simposios. III Congreso Nacional de Psicología Social.* (pp58-65). Tórculo: Santiago de Compostela.
- Pastor, M. A., Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., Sánchez Salas, E. y Pascual, E.** (1991). Coping with chronic Pain and social support in reumatich patients. In M. Johnston, M. Herbert y Th. Marteau (eds.) *European Health Psychology* (pp. 112-113). Leicester: Bocado press.
- Pelechano, V.** (2000). *Psicología sistemática de la personalidad.* Barcelona: Ariel.
- Pendley, J. S.** (2002). Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 429-438.
- Penley, J. A. ,Tomaka, J. & Wiebe, J. S.** (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*. 25, 551–603.

- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Boeke, A. J., Deeg, D. J., Kriegsman, D. M. & Van Eijk, J. T.** (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? *Journal of Health Psychology*, 17(6), 551-558.
- Peralta, G.** (2007). Depresión y Diabetes. *Avances en Diabetología*, 23, 105-108.
- Pérez Álvarez, M.** (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I.** (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (II)*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Molina, M. E.** (1998). *Areteo de Capadocia. Obra Médica*. Madrid: Akal.
- Pérez, T., Barroso Fernández, I. y Morales Arisso, D.** (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 27-58.
- Pérez, Y. B. y Medina, W. R.** (2011). *Resiliencia y afrontamiento: una visión desde la psicooncología*. 12º Congreso de Psiquiatría Virtual. Interpsiquis.
- Peterson, C. & Seligman, M.** (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Petorius, C., Walker, S. P. & Estertruyse, K. G. F.** (2011). Coping responses as predictors of satisfaction with life among a group of patients diagnosed with Diabetes Mellitus. *Health SA Gesondheid*. 15(1), 1-5.
- Peyrot, M. & Rubin, R. R.** (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22, 448- 459.
- Peyrot, M., Mc Murry, J. & Kruger, D.** (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*. 2(40) 1.141- 1.158.
- Piedrola Gil, G.** (2000) *Medicina preventiva y Salud pública* (10ed) Barcelona: Masson.
- Pike, H. V.** (1921) Significance of Diabetes mellitus in mental disorders. *Journal of American Medical Association*. 76, 1571-1572. Cit. por Robinson, N & Fuller, J.H. (1985) Role of life events and difficulties in the onset of Diabetes Mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 29(6), 583-559
- Pineda N, Bermúdez V, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M. y cols.** (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 74-78.
- Pineda, N., Bermúdez, V. y Cano, C.** (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23 (1), 13-17.
- Pinquart, M.** (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114.
- Pinquart, M., Silbereisen, R. K. & Fröhlich, C.** (2009). Life goals and purpose in life in cancer patients *Support Care Cancer*, 17, 253–259
- Pires Barreira, D., Cavaglia, F. & Pires, A.M.** (2001). Cognições antecipatórias: um estudo comparativo e correlacional. *Psicologia., Saúde & Doenças*, 2(1), 101-105 .

- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J. & Dudl, R.** (2005). Assessing psychological distress in diabetes: Development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*, 28, 626–638.
- Portilla, L., Romero, M. I. y Román, J.** (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23 (2), 199-205.
- Pou, J. M.** (1988). Diabetes mellitus. Citado en Leiva, A. y Webb, S.M. *Licenciatura Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*. Barcelona: Salvat.
- Pouwer, F., Nijpels, G. Beekman, A. T. et al** (2005). Fat food for a bad mood. Could we treat and prevention depression in type 2 diabetes by means of omega-3 polyunsaturated fatty acids? A review of the evidence. *Diabetic Medicine*. 22, 1465-1475.
- Powell, L. H., Shahabi, L. & Thoresen, C. E.** (2003). Religion and spirituality: linkages to physical health. *Journal of American Psychology*, 58, 36-37.
- Pradhan, A.D., Manson, J. E., Rifai, N. et al.** (2001). C-reactive protein interleukin 6, and risk of developing diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 286, 327-334.
- Puigbó, J. J.** (2002). *La fragua de la medicina clínica y de la cardiología*. Consejo de Desarrollo científico y humanístico. Universidad Central de Venezuela.
- Quaas, C.** (2006). Diagnóstico de burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile. *Psicoperspectivas*, 5 (1), 65-75.
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S.** (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25. 56-83.
- Rabkin, J. G., Wagner, G. J. & Del Bene, M.** (2000). Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 62, 271-279.
- Rajala, U., Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Kivelä, S. L.** (1997) Noninsulin- dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged Finnish population. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(6), 363-7.
- Ravindran, A., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z. & Anisman, H.** (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71(1/3), 121-130.
- Reaven, G. M.** (2002). Metabolic syndrome: pathophysiology and implications for management of cardiovascular disease. *Circulation*, 106, 286-8.
- Redondo M. J., Rewers, M., Yu, L. et al.** (1999). Genetic determination islet cell autoimmunity in monozygotic twin, dizygotic twin and non twin siblings of patients with type 1 diabetes: prospective twin study. *British Medical Journal*, 318, 698-702.
- Reifler, B. V.** (2006). Play it agarn, Sam- Depression in recurring. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1189-1190.
- Reivich, K. & Gilham, J.** (2003). Learned optimism: the measurement of explanatory style. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 57- 74). USA: American Psychological Association.
- Reker, G. T, Peacock, E. J & Wong, P. T.** (1987). Meaning and purpose in life and well-being: a life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42, 44-49.

- Reker, G. T.** (1994). Logotherapy and logotherapy: Challenges, opportunities and some empirical findings. *International Forum for Logotherapy*, 17, 47-55.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y. & Yockey, R. D.** (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 33-43.
- Ribera Peñaranda, S.** (2009). Depresión y enfermedades somáticas. *SEMERGEN*, 35 (Supl.1), 26-36.
- Ricart, W., Bach, C., Fernández-Real, J. M., Biarnés, J. y Sabrià, J.** (1999). Impacto de un cribado selectivo de la diabetes gestacional en una población española. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 113, 331-333.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A. Kraus A & Sauer H.** (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *A Review. Psychopathology*, 31, 160-168.
- Riedl, R., Ackermann, G. & Huber, L.** (1992). A ratiomorphic problem solving strategy. *Evolution & Cognition*, 2, 23-61.
- Riegler, A.** (2003). *The role of anticipation in cognition. In: Dubois, D. M. (ed) Computing Anticipatory Systems. Proceedings of the American Institute of Physics. American Institute of Physics: Melville, New York.*
- Ríos Álvarez, L, Polo Rojas, C. y Toledo, J.** (2010). *Relación entre nivel de depresión y estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas.* Trabajo de Grado. Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T. et al.** (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis *Journal of American Medical Association*, 301, 2462-2471.
- Riso, W.** (2009). *Terapia Cognitiva.* Barcelona: Paidós.
- Rivière, B., Légeron, P. & Marboutin, J. P.** (1991). Cognitive approach to anticipation in depression *Encephale*, 17(5), 449-56.
- Robak, R. W. & Griffin, P.W.** (2000). Purpose in life: What is its relationship to happiness, depression, and grieving? *North American Journal of Psychology*, 2(1), 113-119.
- Robinson, B. E. & Kelley, L.** (1996). Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Psychological Report*, 79, 929-930.
- Rodríguez Fernández, M. I.** (2005). Sentido de la vida y salud mental. *Revista Acontecimiento: revista de pensamiento personalista y comunitario del Instituto Emmanuel Mounier*, 74(1), 47-49.
- Rodríguez Fernández, M. I.** (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico.* Tesis de Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Rodríguez Marín, J.** (2002). Apoyo social y salud. En: *Guía de Estudio y Bibliografía Básica Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud* (pp. 94-2103) Ciudad de la Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez-Marin, J., Pastor, M. A. y López- Roig, S.** (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5 (Supl.), 349-372.



- Rosas Flores, M. A., Cossío Zazueta, A., Henestrosa Peña, K., Flores Escartín, M., Cal y Mayor Turnbull, I. et al.** (2006). Prevalencia de depresión en pacientes con pié diabético. *Revista Mexicana de Angiología*, 34(3), 107-111.
- Rothman, D. L.** (2001). Studies of methabolic comportamentation and glucose transport using in vivo MRS. *NMR in Biomedicine*, 14, 149- 160.
- Rottenberg, J.** (2003). Cardiac vagal control in depression: a critial analysis. *Journal of Biological Psychology*, 74, 200-211.
- Roy, B., Diez-Roux, A., Seeman, T., Ranjit, N., Shea, S. y Cushman, M.** (2010). Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*, 72 (2), 134-40.
- Rubin, R. R. & Pierrot, M.** (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Reserach and Reviews*, 15, 205- 218.
- Rudnick, A.** (2001). The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizofrenia. *Psychiatry*, 64(4), 304-308.
- Rufino Serralde, Y. D., Rosas Barrientos, J. V. y Sánchez Ortiz, A. O.** (2009). Efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. 2,14(3), 109-116.
- Ruíz de Alegría Fernández de Retana, B., Basabe Baranano, N., Fernández Prado, E., Baños, Baños, C. y cols.** (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(1), 11-17.
- Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-san Laureano, F. y Fernández-Fernández, I.** (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20(supl.1), 15-24.
- Rutter, M.** (1991). *Resilience some conceptual considerations*. Conference on Fostering Resilience. Washington D.C.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M.** (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personal and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. and Heidrich, S. M.** (1997). Life experiences and well-being: Explorations on what happens and how it matters. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 193-206.
- Sakurai, Y., Teruya, K., Shimada, N., Umeda, T., Tanaka, H., Muto, T. et al.** (1999). Association between duration of obesity and risk on non-insulin-dependent diabetes mellitus. The Sitetsu Study. *American Journal of Epidemiology*, 149,256-260.
- Salas-Slavadó, J., García-Lorda, P. y Sánchez Ripollés, J. M.** (2005). *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona: Glosa.
- Sandín, B.** (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill
- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M. y Merino Escobar, J. M.** (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 17-21.

- Sanz, J. y Vázquez, C.** (1998). Fiabilidad y validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Savage, G. H.** (1891). Glycosuria, Diabetes, and Insanity. *Transactions of the Medical Society of London*, 14, 91-98, citado en Beamish, R. E. (1985). Stress and heart Disease. The Netherlands:Klumer Academic Publishers.
- Savelkoul, M., Ritzen, W. & Konings, G.** (2002). Social support and rheumatic diseases: A coping intervention for groups of patients (abstract). *Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid*, 30(5), 351-357.
- Scheier, M. & Carver, C.** (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Journal of Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schmidt, M. I., Dunca, B. B., Sharrett, A. R. et al.** (1999). Makers of inflammation and prediction of diabetes mellitus in adults (Atherosclerosis Risk in Communities study): a cohort study. *Lancet*, 353, 1649- 1652.
- Schotte, C. K., Maes, M., Cluydts, R., De Doncker, D. & Cosyns, P.** (1997). Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affect Disorders*, 46, 115-125.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L. y Karesen, R.** (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology*, 13, 309-320.
- Schou, I; Ekeberg, O; Sandvik, L; Hjermland, M. J. y Ruland, C. M.** (2005). Multiple predictors of health- related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14, 1813-23.
- Schuman, R.** (1996). *Vivir con una enfermedad crónica: una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Schwartzmann L.** (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09-21.
- Scott, D. A., Loveman, E., McIntyre, L. & Waugh, N.** (2002). Screening for gestational diabetes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technologic Asses*, 6(11).161.
- Sears, S., Stanon, A. & Danoff-Burg, S.** (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Seegerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M. & Fahey, J.** (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Seguin, J. A., Brennan, J., Mangano, E. & Hayley, S.** (2009). Proinflammatory cytokines differentially influence adult hippocampal cell proliferation depending upon the route and chronicity of administration. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 5-14.
- Selby, P. y Griffiths, A.** (1986). *Guía para un envejecimiento satisfactorio*. Inglaterra: Ed. Parthenon Publishing.
- Seligman, M.** (1998, 2006). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona, España: Grijalbo.

- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M.** (2000). Happiness, excellence, and optimum human function. *American Psychologist*, 55 (1) 5-14.
- Seligman, M. E. P. & Peterson, C.** (2003). Positive clinical psychology. En L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.). *A Psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (305-317). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P.** (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona, España: Vergara.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L.Y., Semmel, A. & Von Baeyer, C.** (1979). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Sermer, M., Naylor, C. D., Gare, D. J., Farine, D., Kenshole, A. B, Ritchie, J. W, Gare, D. J, Cohen, H. R, McArthur, K., Holzapfel, S. & Biringier, A.** (1995). Impact of increasing carbohydrate intolerance on maternal fetal outcomes in 3637 women without gestational diabetes: the Toronto Tri-Hospital gestational diabetes project. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 173, 146-56.
- Serrano-Ríos, M., Moy, C. S., Martín-Serrano, R. et al.** (1990). Incidence in Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus in subjects 0-14 years in the comunidad de Madrid, Spain. *Diabetologia*, 33, 422-424.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J. & Pbert, L. A.** (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.
- Sherbourne, C. E., Hay, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R. & Kravitz, R. L.** (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavior Medicine*, 15.
- Shimoda, K. & Robinson, R. G.** (1999). The relationship between poststroke depression and lesion location in longterm follow-up. *Journal of Biological Psychiatry*, 45, 187-192.
- Sierra Llamas, C. A., Julio, J. C.** (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13 (23), 27-41.
- Silva, G., Galeano, E. y Correa, J.** (2005). Adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, 30, 268 - 273.
- Simon, G. E., Von Korff, M. & Lin, E.** (2005). Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. *Psychological Medicine*, 35, 271-279.
- Siqueira, D., Joel, L. y Dos Santos, M.** (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 16(1).
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H.** (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychology Bulletin*, 129, 216-269.
- Snoek, F. J., Scholtes, M. & Heine, R. J.** (1991). Prevalence of fear of hypoglycaemia in patients with type I diabetes. *Diabetologia*, 34(Suppl.2), A176.
- Snyder, C. R. & López, S. J.** (2002) *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Solberg, L; Segerstrom, S. C. & Sephton, S. E.** (2005). Engagement and arousal: Optimism's effects during a brief stressor. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 111-120.

- Soltész, G., Madacsy, L., Bekefi, D. & Danko, I.** (1994). The hungarian childhood diabetes epidemiology group: rising incidence of type 1 diabetes in hungarian children. *Diabetic Medicine*, 7, 111-114.
- Soltész, G., Patterson, C. C. & Dalquist, G.** (2007). On behalf of EURODIAB Study Group. Worldwide childhood type 1 diabetes incidence – what can we learn from epidemiology? *Pediatric Diabetes*, 8(Suppl. 6), 6–14.
- Sommersfield, A. J., Deary, I. J. & Frier, B. M.** (2004). Acute hyperglycemia alters mood state and impairs cognitive performance in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 27, 2335- 2340.
- Soothill, K., Morris, S. M., Harman, J., Francis, B., Thomas, C. & McIllmurray, M. B.** (2001). The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer*, 9, 597–605.
- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A. y Rodríguez Naranjo, C.** (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes *Psicothema*, 16 (3), 476-480.
- Soriguer, F. y Ruiz de Adana, M. S.** (2011). La calidad de la asistencia a la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Medicina Clínica (Barcelona)* [versión electrónica] (extraído el 28 de enero de 2011) <http://www.elsevier.pt/sites/default/files/elsevier/eop/S0025-7753%2811%2900991-2.pdf>
- Stanton, A. L. y Zinder, P. R.** (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Stein, J. D., Kupfer, D. J. & Schatzberg, A. F.** (2006). *Textbook of mood disorders*. Artington: The American Psychiatric Publishing.
- Stolz, C. M., Baime, M. J. & Yaffe, K.** (1999). Depression in the patient with rheumatologic disease. *Rheumatic Diseases Clinic of North America*, 25 (3), 687–702.
- Strine, T. W., Kroenke, K., Dhingra, S., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T. & Mokdad, A. H.** (2009) The Associations Between Depression, Health-Related Quality of Life, Social Support, Life Satisfaction, and Disability in Community-Dwelling US Adults *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197 (1), 61-64.
- Sturgeon, J. A. & Zautra, A. J.** (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14,105-112.
- Suárez González de Araujo, L.** (2009). La experiencia melancólica: una aproximación desde la filosofía y el psicoanálisis. *Psikeba. Revista de psicoanálisis y estudios culturales*, 9(3).
- Suls, J. & Martin, R.** (2005). The daily life of the garden-variety neurotic: reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *Journal of Personality*, 73, 1485–509.
- Sutter, J. & Berta, M.** (1991). *L'Anticipation et ses applications cliniques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Symister, P. & Friend, R.** (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22, 123-129.
- Talbot, F. & Nouwen, A.** (2000). A Review of the relationship between depression and diabetes in adults. Is there a link?. *Diabetes Care*, 23(10), 1556-1562.

- Talbot, F., Mouwen, A., Bélanger, A. & Audet, J.** (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 18(5) 537-541.
- Taylor, E. J.** (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.** (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E.** (2003). *Health Psychology*. (5ed.) Boston: McGraw-Hill International Editions.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. & Gruenewald, T.** (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Tellenbach, H.** (1976). *La Melancolía. Visión histórica del problema: Endogeneidad, tipología, patogenia y clínica*. Madrid: Morata.
- Temoshok, L.** (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Journal of Cancer Surveys*, 6(3), 545-567.
- Tennen, H. & Affleck, G.** (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. In *Handbook of Positive Psychology*, ed. CR Snyder, SJ Lopez, (pp. 584-97). New York: Oxford University Press.
- The DIAMOND Project Group** (2006). Incidence and trends of childhood Type1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabetic Medicine*, 23, 857-66.
- Thoolen B. J, De Ridder D. T., Bensing J. M. Gorter, K. J. & Rutten, G. E.** (2006). Psychological Outcomes of Patients With Screen-Detected Type 2 Diabetes. The influence of time since diagnosis and treatment intensity. *Diabetes Care*, 29, 2257-2226.
- Tief, P. M., Morin, P. C., Izquierdo, R., Teresi, J., Eimicke, J. P., Goland, R., Starren, J., Shea, S. & Weinstock, R. S.,** (2006). Depression and glycemic control in elderly ethnical diverse patients with diabetes: The IDEAT project. *Diabetes Care*, 29, 830-835.
- Tobin, D. L, Holroyd, K. A, Reynolds, R. V & Kigal, J. K.** (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Tomer, A., Elianson, G. T. & Wong, P. T. P.** (2007). *Existential and spiritual issues in death attitudes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Tomich, P. L & Helgeson, V. S** (2002). Five years later: a crosssectional comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Psycho-Oncology*, 11, 154-169.
- Torpy, J. M.** (2006). El síndrome metabólico. *Journal of American medicine Association*. 295(7), 850.
- Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M. y Pando-Moreno, M** (2005). Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
- Traue, H. C. & Pennebaker, J. W.** (1993). Inhibition and arousal. En H.C. Traue y J.W. Pennebaker (eds.). *Emotion inhibition and health* (pp. 10-31) Kirkland, Washington: Hogrefe & Huber.
- Trevisan, R., Vedovato, M. & Tiengo, A.** (1998). The epidemiology of diabetes mellitus. *Nephrology Dialysis Transplantation* (Supl-8) S2-S5.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E. & Kutlu, M.** (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(79), 1-9.

- Uzúa Morales, A. y Jarne Esparcia, A.** (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(1), 151-160.
- Valdés, S., Rojo-Martínez, G. y Soriguer, F.** (2007). Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 129(9), 352-355.
- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, J. A.** (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49-53.
- Vallejo Ruiloba, J. y Gastó Ferrer, C.** (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vallejo Ruiloba, L.** (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Vallín, J.** (2002). The end of the demographic transition: Relief or concern?. *Population and Development Review*, 28(1) 105-120.
- Van Dam, H. A, Van der Horst, F. G., Knoop, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F. & Van den Borne, B. H.** (2005) .Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling*. 59(1),1-12.
- Van de Ven, N. C., Hogenelst, M. H., Trompwever, A. M., Twisk, J. W. Van der Ploeg, H. M., Heine R. J. & Snoek, F. J.** (2005). Short-term effects of cognitive behavioural group training in adult with type 1 patients in prolonged poor glycaemic control: a randomized trial. *Diabetes Medicine*, 22, 1619-1623.
- Van der Zaag-Loonen, H. J., Grootenhuis, M. A., Last, B. F. et al.** (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*,13,1011–1019.
- Van Tillburg, M. A. L., McCaskill, C. C., Lane, J. D., Edwards, C. L., Bethel, A., Feinglos, M. N. et al.** (2001). Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 551-555.
- Vanistendael, S.** (1994). *Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo*. International Catholic Child Bureau, Ginebra. Suiza.
- Varela Mollou, J. y Rial Boubeta, A.** (2008). *Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud*. La Coruña: Netbiblo.
- Vazao, M. J.** (2008). *Relações entre optimismo disposicional, representações de doença, adesão às actividades de autocuidado e bem-estar subjetivo na diabetes tipo 2*. Tese submetida como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Vázquez, C. Hernangómez, L. y Hervás, G.** (2008). *Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas*. En, Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Los Trastornos Depresivos. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Ponencia para el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona Barcelona. En Comeche, M. I., Diaz, M. I y Vallejo, M. A. *Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales* (pp. 186-190). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2 (pp. 717-784). Valencia: promolibro.

- Vázquez, C. y Sanz, J.** (2008). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2 (pp 299-340). Madrid: McGraw- Hill.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. y Gómez, D.** (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vega Angarita, O. M. y González Escobar, D. S.** (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Velarde Jurado, E. y Ávila Figueroa, C.** (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 448-463.
- Velasco, C., Campos, M., Iraurgi Castillo, I. y Páez Rovira, D.** (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Velázquez-Monroy, O., Rosas Peralta, M., Lara Esqueda, A., Pastelín Hernández, G., Grupo ENSA 2000, Sánchez Castillo, C., Attie, F. y Tapia Conyer, R.** (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de cardiología de México*, 73 (1), 62-77.
- Vera Poseck, B., Carbelo, B. y Vecina, M.** (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1, 40-49.
- Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. & Celis-Atenas, K.** (2009). Optimismo versus Autoestima: implicancia para la psicología clínica y la psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 21-30.
- Vera-Villarroel, P., Zych, I., Celis-Atenas, K., Córdova- Rubio, N. & Buela-Casal, G.** (2011). Chilean Validation of The Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (Pcl-C) After The Earthquake On February 27, 2010. *Psychological Reports*, 109, 47-58.
- Verduin, P. J. M., De Bock, G. H., Vliet Vlieland, T. P. M., Peeters, A. J., Verhoef, J. & Otten, W.** (2008). Purpose in Life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*. 27, 899-908.
- Verheul, R.** (2003). Chronische deressie en persoonlijkheidstoornis. Overeenkomsten, onderscheid en consequenties (Chronic depressio and personality disorders. Similarities, difernces, and consequences). En: M. B. J. Blom, J. Spijker & R. Van Dyck (Eds.). *Behandelingsstrategien en bij chronische depressie en dysthimie (27-44)* Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vickberg, S. M., Bovberg, D. H, Duhamel, K. N, Currie, V. & Redd, W. H.** (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: Global meaning as a possible protective factor. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 152-160.
- Victoria Garcia-Viniegras, C. R. y Rodríguez López, G.** (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Instituto superior de ciencias medicas de la Habana*, 6 (4) 1-9.
- Vidaver V.** (1990). *Conceptos sobre enfermedad crónica y cuidado en casa*. En: Strickland OL, Waltz CF. *Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Coping*. NewYork: Springer Publishing Company.

- Villamarín, F. y Sanz, A.** (2004). Autoeficacia y salud. Investigaciones básica y aplicaciones. En Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S y García- Rendeo, M. (2004) *Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia*. Barcelona: Universitat Jaume I.
- Villegas Salazar, F.** (2012). Ejercicio y depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), 732-748.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y Remor, E.** (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Abad, L., Pineda, R. y Anaya, J. M.** (2006). Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 57-65.
- Virtanem, S. M., Jaakola, L., Rasanen, L. et al.** (1994). Nitrate and nitrite intake and the risk of type 1 diabetes in Finnish children. *Diabetes Medicine*, 11, 656-662.
- Vittorio, G., Fagnani, C., A lessandri, G., S., Teca, P., Gigantesco, A., Cavalli, L. et al.** (2009). Human optimal functioning: The genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behavior Genetics*, 39, 277-284.
- Vollrat, M. & Torgersen, S.** (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*. 29, 367-378.
- Vollrath, M.** (2001), Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 335–347.
- Wannamethee, S. G. & Shaper, A. G.** (1999). Weight change and duration of overweight and obesity in the incidence of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 22,1266-70.
- Wasserman, L. I. & Trifonova, E. A.** (2006). Diabetes Mellitus as a Model of psychosomatic and Somatopsychic Interrelationship. *The Spanish Journal of Psychology*. 9(1), 75-85.
- Weber-Hamann, B., Hentschel, F., Kniest, A. et al.** (2002). Hypercortisolemic depression is associated with intra-abdominal fat. *Journal of Psychosomatic Medicine*. 64, 274-277.
- Weinman, J. & Petrie, K. J.** (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Welch, G. W., Jacobson, A. M. & Polonsky, W. H.** (1997). The problem areas in diabetes scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 20, 760- 766.
- West, K. M.** (1975). Substantial differences in the diagnosis criteria used by diabetes experts. *Diabetes*, 24, 641-644.
- White, C. A.** (2004). Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psycho-Oncology*. 13(7): 468–481.
- White, B., Driver, S. & Warren, A. M.** (2008). Considering Resilience in the Rehabilitation of People With Traumatic Disabilities. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 53, 9-17.
- Wildes, K. A., Miller, A. R., De Majors, S. S M. & Ramírez, A.** (2009). The religiosity-spirituality of latin a breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, 18, 8, 831-840.
- Williams, Jr. J. W, Katon, W., Lin, E. H. et al.** (2004). The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Annals of Internal Medicine* 140, 1015–24.



- Willis, T.** (1679). Pharmaceutice rationalis or an exercitation of the operations of medicines in human bodies. *En The works of Thomas Willis*. London: Dring, Harper, Leigh. Cit. por Robinson, N & Fuller, J. H. (1985) Role of life events and difficulties in the onset of Diabetes Mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 29(6), 583-591.
- Winkley, K., Stahl, D., Chalder, T., Edmonds, M. E. & Ismail, K.** (2009). Quality of life in people with their first diabetic foot ulcer. *Journal of American Podiatric Medical Association*. 99, 406-414.
- Withe, N. E., Richter, J. M. & Fry, C.** (1992). Coping, Social Support and Adaptation to chronic illness. *Western Journal of Nursing Research*, 14 (2), 211-224.
- Woby, S., Watson, P., Roach, N. & Urmston, M.** (2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 100-107.
- World Health Organization/ Organización mundial de la salud** (2002). Cardiovascular diseases. Extraído el 25 de Enero, 2010, de <http://www.who.int/ncd/cvd/CardioBroch.pdf>.
- World Health Organization/Organización Mundial de la salud** (2002). *Serie de Informes Tecnicos 916. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Xue, H.** (2004). Paroxetine for depression in diabetes: a randomized controlled trial. *Chinese Mental Health Journal*. 18, 735-737.
- Yalom, I.** (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yi-Frazier, J., Smith, R., Vitaliano, P., Yi, J., Mai, S. & Hillman, M.** (2009). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health*, 26, 51-60.
- Yimiya, R.** (1996). Endotoxin produces a depressive-like episode in rats. *Brain Research*, 711, 163-174.
- Yudofsky, S. C. & Hales, R. E.** (2004). *Tratado de psiquiatría clínica*. (4ª ed.) Barcelona: Masson.
- Zabala, M., Vázquez, O. y Whetsell, M.** (2006). Bienestar individual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*, 6(1), 8-21.
- Zandío, M., Ferrín, M. y Cuesta, M. J.** (2002). Neurobiología de la depresión. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (supl. 3), 43-62.
- Zarzuela Ituarte, A.** (2002). Factores psicológicos y abordajes psicoterapéuticos de los trastornos depresivos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(Supl.3), 63-75.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M. & Davis, M. C.** (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220.
- Zavala, M. R., Vázquez Martínez, O. y Whetsell, M. V.** (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*, 6(1), 8-21.
- Zimmet, P. Z., McCarty, D. J. & De Courten, M. P.** (1997). The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. *Journal of Diabetes Complications*, 2, 60-68.