



Lucía Camacho Barcia^{1,2,3} Fernando Fernández Aranda^{1,2,3,4} Susana Jiménez Murcia^{1,2,3,4}

1- Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

2- Grupo de Psiconeurobiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Adicciones Comportamentales, Programa de Neurociencias, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat.

3- CIBERObn, Instituto Salud Carlos III, Madrid.

4- Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, UB, L'Hospitalet de Llobregat.

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica lo que, sumado al aumento de la esperanza de vida en la población general, tiene un impacto en la salud no solo física sino también mental. Históricamente, la atención básica en el tratamiento de la diabetes se ha centrado en la reducción de los factores de riesgo relativos a las comorbilidades físicas graves, como las enfermedades cardiovasculares, la neuropatía y la nefropatía diabética.

La diabetes y los trastornos psiquiátricos comparten una asociación bidireccional, influyéndose de múltiples maneras. Así, las personas que viven con diabetes, tanto tipo 1 como tipo 2, presentan mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, entre otros. Diferentes investigaciones en los últimos años han demostrado que la presencia de una enfermedad mental y de diabetes en la misma persona, compromete la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, aumenta el riesgo de complicaciones graves a corto y largo plazo. Estas complicaciones pueden conllevar problemas como defectos en la visión o ceguera, amputaciones, accidentes cerebrovasculares e, incluso, deterioro cognitivo, provocando una disminución de la calidad de vida y, eventualmente, una muerte prematura. Cuando la comorbilidad de salud mental y diabetes no se diagnostica ni se trata, los resultados del tratamiento tendrán menor efectividad y eficacia, y como consecuencia repercusiones negativas para la salud de los pacientes.

Debido a la elevada y creciente prevalencia de la diabetes de tipo 2 en todo el mundo y, especialmente en las personas con enfermedades mentales, los profesionales de la salud se encontrarán, cada vez más, con pacientes »



» con estas comorbilidades en sus consultas. Es importante conocer en profundidad los riesgos que conlleva la presencia de estas dos condiciones, perfilando así con mayor detalle las características de este grupo de población vulnerable. Básicamente, un mejor conocimiento ayudará a mejorar el tratamiento y la atención de estos pacientes.

COMORBILIDADES DE SALUD MENTAL ASOCIADAS A LA DIABETES

La diabetes tiene una elevada comorbilidad con los trastornos de salud mental. La coexistencia de ambas patologías se ha asociado a peores resultados del tratamiento, incluyendo menor adherencia a las conductas de autocuidado, mal control glucémico, mayor incidencia de complicaciones asociadas, peor calidad de vida, aumento de las visitas a los servicios de urgencias e incremento en la tasa de mortalidad.

De los trastornos de salud mental asociados a la diabetes, la depresión es el más prevalente. Se estima que 1 de cada 4 adultos con diabetes tipo 1 o tipo 2 presenta síntomas depresivos significativos y que entre el 10 y el 15% cumple los criterios para un diagnóstico formal de depresión. La combinación de depresión y diabetes se ha asociado a un deterioro del autocontrol de la diabetes, a un mayor riesgo de sufrir complicaciones vasculares y a una menor esperanza de vida. Las personas con diabetes y ansiedad o depresión tienen más dificultades para mantener las rutinas de autocontrol y unos hábitos saludables, como el ejercicio, la dieta, la medicación y la monitorización de la glucosa en sangre.

Un fenómeno similar, pero aún más específico, de este grupo de personas es el llamado *Diabetes-Related Distress* (DRD). El DRD es un malestar emocional relacionado con la diabetes, como la preocupa-

ción y la rumiación específicas asociadas al control de la diabetes. Entre estas preocupaciones, las más comunes son el miedo a la hipoglucemia, la culpa o la vergüenza (especialmente en relación con el estilo de vida o la obesidad) y el acceso a la atención médica. El DRD es muy común, se estima que afecta a más de un tercio de las personas con diabetes tipo 2. Diferentes estudios han observado que es un factor de predicción del autocuidado de la diabetes, incluso más importante que la propia depresión, vinculado directamente con el control glucémico. Cabe destacar que existen en la actualidad varias escalas validadas que permiten identificarlo, y que una vez identificado puede ser objeto de atención y seguimiento a través de una intervención psicológica. Estas intervenciones han demostrado ser muy efectivas, asociándose las disminuciones del DRD a reducciones clínicamente significativas de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c).

SE ESTIMA QUE 1 DE CADA 4 ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 O TIPO 2 PRESENTA SÍNTOMAS DEPRESIVOS SIGNIFICATIVOS Y QUE ENTRE EL 10 Y EL 15% CUMPLE LOS CRITERIOS PARA UN DIAGNÓSTICO FORMAL DE DEPRESIÓN

MARCOS DE INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Cada vez es más reconocida la necesidad de integrar la atención de la salud mental en el tratamiento de la diabetes. En el año 2020, por ejemplo, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) emitió un informe en el cual recomendaba que la detección de síntomas y el tratamiento de problemas relacionados con la salud mental se incorporaran al manejo rutinario de la diabetes. Afortunadamente, los profesionales de la salud cada vez dan mayor importancia a la identificación y el seguimiento de los problemas emocionales y trastornos mentales que pueden aparecer en las personas con diabetes, como serían la ansiedad o la depresión. Dado que la atención estándar de la diabetes suele requerir la consulta de diver-

sos profesionales sanitarios (por ejemplo, endocrinólogo-diabetólogo, podólogo, dietista-nutricionista, etc.), es importante identificar si una comorbilidad de salud mental es otro factor que puede estar influyendo en el autocontrol de la diabetes. Por ello, puede ser necesario integrar también, en estos equipos multidisciplinares, un psicólogo que se ocupe de la evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con la salud mental.

Cada vez existen mayores evidencias que demuestran que las intervenciones psicológicas son más eficaces cuando se adaptan específicamente a las personas con diabetes. Es fundamental que los profesionales de salud mental, que tratan personas con diabetes, planteen objetivos terapéuticos específicos asociados al control de la diabetes, como el control glucémico, el estadio motivacional y las modificaciones en el estilo de vida entre

otros, en lugar de proporcionar una psicoterapia más general. Debido a la complejidad de la patología, y con el objetivo de proporcionar una atención eficaz, las instituciones internacionales relacionadas con la diabetes recomiendan que los profesionales de la salud mental tengan experiencia en los problemas particulares asociados a esta condición. Conocer las necesidades específicas de las personas que padecen diabetes permite plantear diferentes estrategias para mejorar los resultados terapéuticos como, por ejemplo, el control de estímulos, el refuerzo y el auto-refuerzo, la solución de problemas, el apoyo a los pacientes para que establezcan objetivos realistas y alcanzables, así como el entrenamiento en estrategias de relajación para el manejo del estrés relacionado con la diabetes, entre otras.

Asimismo, en este tipo de pacientes, son necesarias las evaluaciones psicológicas »



» rutinarias, con el objetivo de maximizar los resultados de la intervención a largo plazo. Si podemos identificar qué aspectos emocionales, de personalidad o neurocognitivos pueden estar manteniendo determinadas conductas desadaptativas, en relación con la diabetes, mejoraremos el diseño y la aplicación de los programas de tratamiento psicológico que, siempre, deben ser personalizados. En este sentido, también la ADA incluye en sus recomendaciones que se realicen evaluaciones psicológicas rutinarias sobre temas relacionados con la diabetes, como la calidad de vida relacionada con la salud, la depresión, la ansiedad, el DRD y el miedo a la hiper e hipoglucemia. Las evaluaciones psicológicas deberían realizarse en la visita inicial y de forma periódica a lo largo del proceso terapéutico, incluso si no se identifican problemas clínicos en el examen inicial.

Además de los trastornos de la salud mental y la DRD, existen otros factores psicosociales que afectan al autocuidado

de la diabetes. Así, por ejemplo, la falta de apoyo psicosocial, el bajo nivel socioeconómico y escasos conocimientos sobre la diabetes se han asociado a mayor número de complicaciones. Es necesario reconocer la necesidad de ampliar el alcance de estas intervenciones a los individuos más vulnerables y desatendidos. Esto es especialmente importante ya que diversos estudios han demostrado que grupos vulnerables, como aquellos que viven por debajo del umbral de la pobreza o las minorías raciales, se ven afectados de forma mucho más frecuente por la diabetes. A la hora de ampliar las intervenciones, es necesario analizar y planificar la mejor manera de llegar a estas personas vulnerables.

Todos estos factores deberían tenerse en cuenta durante los controles sanitarios, para poder identificar los problemas de forma temprana y evitar un mayor deterioro. Los exámenes de rutina y la evaluación de estos problemas deberían formar parte de cada visita como parte del trata-

miento integral. Cuando se justifique, los pacientes deben ser derivados a dispositivos de salud mental, para realizar evaluaciones diagnósticas más formales, así como intervenciones específicas en caso de que sean necesarias. En definitiva, pueden existir dos modelos de atención a la salud mental de estos pacientes (en función de las características de cada centro). El **modelo integral**, en el que en el equipo multidisciplinar también participe un especialista en salud mental o un **modelo de asistencia en paralelo**, en el que la coordinación y la continuidad asistencial entre dispositivos estén garantizadas.

VIVIR CON DIABETES Y ENFERMEDAD MENTAL: PERSPECTIVA DE LA PERSONA

En los últimos años, la investigación ha demostrado que, frecuentemente, las personas con problemas de salud mental no buscan ayuda, y que en la mayoría de los casos no reciben la atención adecuada»

DIFERENTES INVESTIGACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HAN DEMOSTRADO QUE LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD MENTAL Y DE DIABETES EN LA MISMA PERSONA, COMPROMETE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y, EN CONSECUENCIA, AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES GRAVES A CORTO Y LARGO PLAZO

» da. Las personas con diabetes refieren problemas relacionados con el acceso a la asistencia sanitaria y a los servicios en atención primaria. Sus principales preocupaciones se centran en la falta de apoyo para aprender habilidades de auto-gestión de la diabetes, para prevenir o mejorar las complicaciones de la enfermedad y en consecuencia para mantener la calidad de vida.

En general, diversos estudios han mostrado que las personas con diabetes expresan la necesidad de recibir mayor soporte por parte del personal sanitario, considerando insuficiente la atención dispensada. Resultados obtenidos a partir de entrevistas con este grupo de pacientes, reflejan que preferirían un enfoque centrado en la persona, que permita identificar los aspectos derivados de vivir con una enfermedad mental y diabetes coexistentes. Esto es consistente con hallazgos previos, que han mostrado que la atención centrada en el paciente, que se dirige a tratar la diabetes y la patología mental comórbida, es eficaz y contribuye a la mejora de la salud psicológica y física y, por tanto, de la calidad de vida.

En general, las personas con enfermedades psiquiátricas y diabetes perciben que los profesionales de la salud mental suelen centrarse en sus problemas psíquicos, prestando menos atención a sus necesidades de salud física. En este sentido, distintos estudios han confirmado que, aunque los profesionales de salud mental reconocen los problemas físicos de salud de sus pacientes, su tendencia es infravalorar estas necesidades, proporcionando atención clínica centrada únicamente a los síntomas psiquiátricos/psicológicos. A pesar de que es ampliamente aceptado que integrar las necesidades de salud física en la atención de salud mental puede suponer una diferencia positiva significativa en el estilo de vida y en el mantenimiento de hábitos saludables, parece existir una falta de consenso entre los sistemas de prestación »





EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, LA INVESTIGACIÓN HA DEMOSTRADO QUE, FRECUENTEMENTE, LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL NO BUSCAN AYUDA, Y QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO RECIBEN LA ATENCIÓN ADECUADA

» de servicios sanitarios sobre quién es responsable de apoyar las necesidades somáticas, en las personas con enfermedades mentales. De manera que es urgente un cambio del modelo de atención hacia uno más holístico, donde los profesionales de uno u otro campo, puedan conjuntamente abordar las barreras percibidas.

Las personas con diabetes consideran que, en general, las cuestiones dietéticas-nutricionales son las más complejas en el manejo de su enfermedad. Es muy común que, ante factores de estrés o ansiedad, sumado al aumento del apetito debido al uso de la mayoría de los fárma-

cos psicotrópicos, las personas recurran a las ingestas emocionales como estrategia para hacer frente a estos problemas. Múltiples estudios han observado que las personas con enfermedades mentales aumentan su ingesta de alimentos como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo, durante los períodos de aumento de los síntomas de la enfermedad mental, y como un efecto secundario de los medicamentos psicotrópicos. Así, llevar a cabo intervenciones que prevengan o reduzcan el aumento de peso, al inicio del tratamiento psicofarmacológico, ha demostrado ser beneficioso a largo plazo. En esta línea, se ha sugerido

que deberían promoverse cambios en el estilo de vida como parte de la atención estándar a todas las personas que reciben tratamientos psicofarmacológicos.

Las enfermedades mentales también se han asociado a una menor actividad física. Una limitación significativa es la sedación inducida por algunos antipsicóticos, por ejemplo. Asimismo, muchas personas con enfermedades mentales pueden sentirse incómodas en entornos ruidosos y concurridos, como los gimnasios, o en los espacios abiertos o cerrados. Todo ello puede reducir significativamente la actividad física, tanto programada como »

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA HA DEMOSTRADO QUE MEDIANTE INTERVENCIONES EN LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES ES POSIBLE DIRIGIR Y MODIFICAR, CON ÉXITO, ASPECTOS DE LA ATENCIÓN A LA DIABETES, MEJORANDO LOS RESULTADOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR

» diaria, impactando a su vez en el aumento de peso.

Otra barrera que las personas con diabetes han manifestado es la dificultad para mantener la motivación para el auto-cuidado que requieren la diabetes y la obesidad, necesitando apoyo para ello. Se ha observado que las técnicas de entrevista motivacional, los enfoques centrados en el paciente orientados a los objetivos personales dinámicos y la planificación de las acciones a seguir, son estrategias útiles para mantener y mejorar la motivación. La baja autoeficacia, en personas con coexistencia de enfermedad mental y diabetes, se ha relacionado con un menor compromiso en las actividades de auto-control de la diabetes. Esto refuerza la importancia de mejorar la autoeficacia como un componente clave en el auto-control de la diabetes en las personas con enfermedad mental.

ORIENTACIONES FUTURAS

La evidencia científica ha demostrado que mediante intervenciones en la sa-

lud mental de los pacientes es posible dirigir y modificar, con éxito, aspectos de la atención a la diabetes, mejorando los resultados asociados al tratamiento estándar.

Es necesario un enfoque holístico, en el que los proveedores de salud identifiquen objetivos claros, realistas y modificables para una integración exitosa de la salud mental en el manejo de los pacientes con diabetes. Es importante destacar que, si el tratamiento se centra en el beneficio inmediato, es poco probable que un modelo de integración de la salud mental tenga éxito, al menos a corto plazo. La evidencia sugiere que identificar objetivos alternativos y realistas, como la disminución de la DRD, la mejora de los comportamientos de adherencia y el control glucémico, la disminución de los ingresos hospitalarios, el menor número de episodios de cetoacidosis diabética y la mejora de la asistencia a las citas médicas, pueden lograr un impacto significativo en la salud del paciente, reduciendo el desarrollo de complicaciones y mejorando la calidad de vida. **D**

AGRADECIMIENTOS

■ Este trabajo se ha realizado con el apoyo del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (RTI2018-101837-B-100), Instituto Salud Carlos III (ISCIII), del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (FIS PI20/00132), Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2019I47 y 2021I031), CIBER Fisiología Obesidad y Nutrición (CIBERObn) del ISCIII. Este trabajo también está apoyado por el ISCIII CM21/00172 (co-financiado por el Fondo Social Europeo. ESF invirtiendo en tu futuro). Agradecemos al Programa CERCA de la Generalitat de Catalunya por el soporte institucional, así como del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) "Una manera de hacer Europa".

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

- American Diabetes Association. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*. 2020 Jan;43(Suppl 1):S7-S13. doi: 10.2337/dc20-S001. PMID: 31862744
- Heilbrun A, Drossos T. Evidence For Mental Health Contributions to Medical Care in Diabetes Management: Economic and Professional Considerations. *Curr Diab Rep*. 2020 Nov 28;20(12):79. doi: 10.1007/s11892-020-01337-5.
- Holt RI, Mitchell AJ. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2015 Feb;11(2):79-89. doi: 10.1038/nrendo.2014.203. Epub 2014 Dec 2. PMID: 25445848.
- Lindekilde N, Scheuer SH, Diaz LJ, Rubin KH, Plana-Ripoll O, Henriksen JE, et al. Risk of Developing Type 2 Diabetes in Individuals With a Psychiatric Disorder: A Nationwide Register-Based Cohort Study. *Diabetes Care*. 2022 Mar 1;45(3):724-733. doi: 10.2337/dc21-1864.
- Nouwen A, Adriaanse MC, van Dam K, Iversen MM, Viechtbauer W, Peyrot M, et al; European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Longitudinal associations between depression and diabetes complications: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2019 Dec;36(12):1562-1572. doi: 10.1111/dme.14054.
- Rajkumar E, Gt K, Padiri RA, R L, Daniel M, John R, Abraham J. Understanding Self-Care Behaviours among Type II Diabetes Patients: A Behaviour Change Models' Perspective. *Curr Diabetes Rev*. 2022 May 19. doi: 10.2174/1573399818666220519142118.
- Stenov V, Joensen LE, Knudsen L, Lindqvist Hansen D, Willaing Tapager I. "Mental Health Professionals Have Never Mentioned My Diabetes, They Don't Get Into That": A Qualitative Study of Support Needs in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes and Severe Mental Illness. *Can J Diabetes*. 2020 Aug;44(6):494-500. doi: 10.1016/j.jcjd.2020.02.006.
- Scheuer SH, Kosjerina V, Lindekilde N, Pouwer F, Carstensen B, Jørgensen ME, et al. Severe Mental Illness and the Risk of Diabetes Complications: A Nationwide, Register-based Cohort Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022 Jul 14;107(8):e3504-e3514. doi: 10.1210/clinem/dgac204.
- Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016 Dec;39(12):2126-2140. doi: 10.2337/dc16-2053.