



revista mexicana DE PSICOLOGÍA

Número especial octubre 2009

PUBLICADA POR LA SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA A.C. Y
EL COLEGIO MEXICANO DE PROFESIONISTAS DE LA PSICOLOGÍA A.C.



La psicología del siglo XXI: ciencia al servicio de una sociedad en constante transformación

MEMORIAS



y va transformando su mundo interno hacia la seguridad de la satisfacción y el goce, que le permite mantener una funcionalidad yóica adaptativa y una identidad hacia la búsqueda sublimatoria de metas progresadas. Logra cambiar símbolos por afectos.

En suma, el paciente obsesivo si logra un cambio psíquico gracias al tratamiento psicoanalítico, esta investigación aporta que es posible un cambio psíquico del paciente obsesivo gracias al análisis de sus sueños durante el proceso psicoanalítico, logrando cambiar símbolos y enfrentar afectos satisfactorios y gozosos.

Correo electrónico: castel_labastida@yahoo.com.mx

Malestar emocional (*distress*) y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2

Laguna Pérez Irais*, García Meraz Melissa*; Calva Ángeles Lizbeth**;
Del Castillo Arreola Arturo*

*Área Académica de Psicología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo UAEH.

**Secretaría de Salud de Hidalgo

Descriptores: malestar emocional, estrés, control metabólico, enfermedades crónicas, diabetes tipo 2

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado tanto en México como en muchos otros países del mundo ha traído consigo una lenta disminución de los padecimientos infecciosos, pero un crecimiento rápido de los crónico-degenerativos, lo cual ha venido generando nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud (Secretaría de Salud, 2006). Dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la diabetes mellitus.

La prevalencia mundial de diabetes se ha incrementado en grado impresionante durante los dos últimos decenios. Según datos de la Federación Internacional de Diabetes, (FID, 2006) su prevalencia en el mundo es de 246 millones de personas. México ocupa el noveno lugar a nivel mundial entre los países con un mayor número de pacientes con diabetes, con una prevalencia de 6.5 millones de personas (FID, 2006), aunque esta cifra podría alcanzar los 10 millones, de las cuales 2 millones podrían no haber sido diagnosticadas (Federación Mexicana de Diabetes, [FMD], 2008). En el estado de Hidalgo la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos de más de veinte años fue de 7.1%, incrementándose hasta el 19.1% después de los sesenta años (Olaiz-Fernández et al., 2006).

Sabemos que la diabetes mellitus, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática factores psicosociales (Salazar et al., 2007), sin embargo, estos factores son relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la diabetes. Su impacto es un factor predisponente de mortalidad en pacientes con diabetes por encima de muchas variables fisiológicas (Delameter et al., 2001).

Uno de estos factores involucra las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad. Las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas que juegan un papel muy importante en la recuperación de la salud. Por un lado las emociones frecuentes e intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad, y además, pueden influir en nuestra conducta al impedir que llevemos a cabo las acciones necesarias para el cuidado de nuestra salud (Sánchez-Sosa, 2002).

Según diversos estudios las personas que son diagnosticadas con alguna enfermedad crónica, tienden a pasar por una serie de reacciones emocionales que incluyen síntomas depresivos, ansiedad, enojo, estrés, entre otros (Del Castillo y Martínez, 2008). Dentro de este grupo de reacciones, el estrés a cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, y de muchas enfermedades que pueden ser producidas, desencadenadas o agravadas por el mismo (Álvarez, 2000).

El interés que se ha dado en los últimos años en relación al tema de estrés se ha profundizando tanto en su estudio como en la definición de sus características y efectos (García, 2005). La apreciación estresante de una enfermedad, puede estar en función de varios aspectos, como lo son las propias características fisiológicas; los estados afectivos y cognitivos del individuo; de la interacción social vulnerada por la aparición del padecimiento; de la estructura de los roles dentro de la organización del sistema social y por último las normas, valores y creencias que se transmiten de generación en generación acerca de la enfermedad (Rodríguez, Pastor y López, 1993). Cuando la enfermedad es crónica sus características estresantes se ven potenciadas, por ser enfermedades de larga duración (Gil-Roales, 2004).

Los estudios que han explorado la relación entre estrés y diabetes se han orientado hacia el papel que juega el estrés en el desencadenamiento de la diabetes tipo 2 en individuos con predisposición a ésta, y en el efecto del estrés en la adherencia terapéutica y el control metabólico de los pacientes (Guthrie, Bartsocas, Jarros-Chabot y Konstantinova, 2003; Peyrot, Mc Murray y Kruger, 1999; Polonsky, Fisher, Earles y Dudl, 2005). Este tipo de estudios han mostrado que el estrés interviene en la enfermedad mediante dos vías una directa y otra indirecta, donde la primera estará asociada con la respuesta fisiológica que puede alterar los niveles de glucosa en la sangre y la segunda ha sido asociada con la interrupción en el automanejo de la enfermedad a través del incumplimiento de la dieta, ejercicio y otras conductas de autocuidado (Aikens, Wallarder, Bell y Cole, 1992 en Garay et al., 2000; Peyrot, Mc Murray y Kruger, 1999; Surwit et al., 2002).

El efecto directo del estrés estará mediado por una variedad de hormonas contrareguladoras que son liberadas en respuesta a éste, lo que causa niveles elevados de glucosa en sangre. Esta elevación constituye un factor perturbador del control de los niveles de glicemia y una disminución en la acción de la insulina. En una persona con diabetes, los aumentos de glucosa inducidos por estrés no pueden ser metabolizados adecuadamente, siendo éste un potencial contribuyente de hiperglicemia crónica (ADA, 2008; Surwit y Schneider, 1993).

El efecto indirecto del estrés se refiere a la posibilidad de una interferencia de ciertas estrategias conductuales de afrontamiento que tienen su impacto sobre las conductas de adherencia al tratamiento (ADA, 2008; Cruz y Vargas, 2001). Las reacciones emocionales como la ansiedad y la tristeza que el paciente experimenta ante estresores externos pueden generar cambios en el nivel de actividad física, en el seguimiento del plan alimenticio así como en la toma de medicamentos, obteniendo como consecuencia altos niveles de glucosa en la sangre (Albright, Parchman y Burge, 2001).

Dentro de la serie de reacciones que se presentan se encuentra el malestar emocional (*distress*) del paciente asociado a la presencia de la enfermedad, entendido como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social (Polonsky et al., 1995).

Existen datos previos de medición de malestar emocional en diabetes y los podemos observar en el estudio DAWN que se desarrolló en el año 2001, siendo el mayor estudio global sobre los aspectos psicosociales de la diabetes, realizado en trece países de Europa y Norte América. Este estudio reportó que casi el 40% de los encuestados presentaban síntomas de malestar emocional; les preocupaba no ser capaces de cumplir con sus obligaciones familiares y se sentían más tensos que la mayoría de las personas que conocían. Aproximadamente la mitad de las personas con diabetes entrevistadas sentían una gran ansiedad debido a su peso, miedo de que su enfermedad empeorara y una gran preocupación de sufrir episodios hipoglucémicos. Los hallazgos coinciden con los de investigaciones anteriores, demostrando que el sufrimiento emocional es muy común entre las personas con diabetes y que la depresión es doblemente prevalente en comparación con la de la población en general, ya que afecta entre un 15% y

un 20% de las personas que tienen la afección (Snoek, 2002).

Pese a que se sabe que el estrés juega un papel importante dentro del conjunto de trastornos de salud, así como emocionales y psicológicos, en México no se cuenta con estadísticas para apreciar su magnitud y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus. Partiendo de estos antecedentes la presente investigación tuvo como objetivos: 1) determinar el nivel de malestar emocional asociado a diabetes en pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo; 2) determinar el nivel de control metabólico de estos pacientes y 3) determinar la relación entre el malestar emocional asociado a diabetes que tienen estos pacientes y su nivel de control metabólico.

Participaron 206 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 que asisten a tres centros de salud del estado de Hidalgo, de los cuales el 74.8% fueron mujeres y el 25.2% fueron hombres, que oscilaban entre los 25 y 89 años de edad, en cuanto a su estado civil el 67.5% reportaron estar casados o bien que vivían en unión libre con su pareja, el 28.1% vivían solos y solo el 4.4% dijeron que su pareja vivía en otro lugar. Del total de la muestra el 53.4% eran amas de casa, mientras que el 20.4% contaban con un trabajo de medio tiempo, el 4.9% se encontraban incapacitados para trabajar, un 2.4% estaban desempleados, 3.4% eran retirados y sólo uno de ellos era estudiante. Finalmente en cuanto a los años de educación el 73.3% habían estudiado de 0 a 6 años, el 15.5% habían estudiado de 7 a 10 años, el 8.3% habían estudiado de 11 a 14 años y solo el 2.9% habían estudiado más de 15 años.

Para medir el malestar emocional asociado a la enfermedad se utilizó la versión adaptada en población mexicana del Cuestionario de Problemas y Malestar Emocional asociado a diabetes PAID (Del Castillo et al., 2007; Polonsky et al., 1995). Este instrumento ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas y tiene la ventaja de poder ser aplicado en un tiempo breve en el contexto de la consulta médica, esta conformado por 16 reactivos divididos en tres subescalas: a) emociones negativas, b) problemas relacionados con el tratamiento y c) problemas relacionados con el apoyo social. Los datos de la estandarización del inventario en pacientes con diabetes tipo 2 en México muestran una consistencia interna de 0.9023 (Del Castillo, et al., 2007). El instrumento se aplicó antes de la consulta médica de los pacientes utilizando un programa informático donde un asistente guiaba al paciente en la respuesta de las preguntas que, una vez capturadas, se imprimían y se proporcionaban al médico para su análisis dentro de la consulta.

El nivel de control metabólico se midió utilizando el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c), indicador médico de control que muestra el promedio de glucosa en sangre de una persona en los últimos tres meses y se considera el mejor indicador de control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. Se utilizó un densitómetro de color (Nycocard Reader II) para determinar este porcentaje.

Se realizaron análisis descriptivos cuyos resultados indican que en términos generales los pacientes presentan un nivel de malestar emocional total de 20.22, por debajo de la media teórica 32. Con respecto a la subescala de emociones negativas, esta reportó una media de 10.48 debajo de la media teórica que tiene un valor de 14. La subescala referente al tratamiento indicó una media de 6.98 muy por debajo de la media teórica de 12. En la última subescala se encontró una media de 2.75, que indica que el nivel de problemas relacionados con el apoyo social que presentan los pacientes se encuentra por debajo de la media teórica que en este caso es de 6. En cuanto al nivel de control metabólico, se pudo observar que solo el 23.30% de los pacientes evaluados presentaron un porcentaje de hemoglobina glucosilada de 6 a 7%, lo que nos indica que el 76.70% de ellos no tienen un adecuado control metabólico. Para conocer la relación entre el nivel de hemoglobina que representa la variable control metabólico y el nivel de malestar emocional, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. Los resultados indican correlaciones negativas cercanas a 0 entre el nivel de hemoglobina y cada una de las subescalas del instrumento, ninguna de ellas fue estadísticamente significativa.

Los resultados antes mencionados difieren de lo señalado en la literatura internacional. Algunas de las razones por las que estas correlaciones fueron bajas podrían haber estado relacionadas con el uso de la computadora durante la evaluación, siendo éste un factor situacional que influyó en sus respuestas. Se sugiere que para estudios posteriores se analice el impacto del uso de la computadora como medio de evaluación, ampliar la muestra a un mayor número de pacientes y a partir de esto desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del equipo de salud, reduciendo así el impacto negativo en el bienestar de los pacientes y de su familia, así como el impacto económico para el sistema de salud.

Referencias

- Albright, T. L., Parchman, M. & Burge, S. K. (2001). Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST Study. *Family Medicine*, 33, 5, 354-360.
- Álvarez, M. (2000). *Estrés. Un enfoque Integral*. Cuba: Científico-técnica.
- American Diabetes Association (2008). *Estrés*. Recuperado el 11 de agosto de 2008, de <http://www.diabetes.org/espanol/diabetes-tipo-2/estres.jsp>
- Cruz, C. y Vargas, L. (2001). *Estrés. Entenderlo es Manejarlo*. México: Alfa-omega.
- Del Castillo, A. y Martínez, J. P. (2008). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En G. Morales, D. García, D., S. Madrigal, y F. Ramírez. *Diabetes*. (pp. 217-234). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Del Castillo, A. Rodríguez, J., Reyes-Lagunes, I., Guzmán M. y Martínez, J. (2007). Adaptación del Cuestionario de Malestar Emocional asociado a Diabetes en población mexicana. En A. Del Castillo (Presidente), *Adaptación de Instrumentos Psicológicos*. Simposio efectuado en el XXXI Congreso Interamericano de Psicología. México, D.F.
- Delameter, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R. y Wysocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes. Report of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*, 24, 7, 1286-1292.
- Federación Internacional de Diabetes (2006). *Diabetes Atlas*. Tercera Edición. Bélgica: Federación Internacional de Diabetes.
- Federación Mexicana de Diabetes (16 de Septiembre de 2008). *Diabetes en números*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2008, de http://www.fmd diabetes.com/v2/paginas/d_numeros.php
- Garay, M., Malacara, J., González, E., Wróbel-Zasada, K., Wróbel-Kaczmarczyk, K. & Gutiérrez, A. (2000). Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Investigación clínica*, 52, 3, 241-245.
- García, E. (2005). *Psicología General*. México: Publicaciones Cultural.
- Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Guthrie, D., Bartsocas, C., Jarros-Chabot, P. & Konstantinova, M. (2003). Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: over view and recommendations. *Diabetes Spectrum*, 16, 7-12.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Peyrot, M., McMurray, J. y Kruger, D. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 141-158.
- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E. & Schwartz, C.E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754-760.
- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J. y Dudl, R. (2005). Assessing Psychosocial Distress in Diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 28, 626-631.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Salazar, E., Colunga, R., Pando, M., Aranda, B. y Torres, L. (2007). *Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara*. Recuperado el día 10 de enero de 2008, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/>

pdf/142/14290202.pdf

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92

Secretaría de Salud (2006). *Indicadores de resultados 2001-2005*. México: Secretaría de Salud.

Snoek, F. (2002). Comprender el lado humano de la diabetes. *Diabetes Voice*, 47 (2), 37-40.

Surwit, R. & Schneider, M. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55, 380-393.

Surwit, R., Tilburg, M., Zucker, N., McCaskill, C., Parekh, P., Feinglos, M., Edwards, C., Williams, P. & Lane, J. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 1, 30-34.

Correo electrónico: siari_145@hotmail.com

Disfunción cerebral, conducta asocial y delictiva en menores infractores y una población escolar control

Lara Tapia Héctor*, Munguía Hernández Estela***, Aceves Hernández Alma Elena**

*Departamento de Psicofisiología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México ** Facultad de Ciencias de la Conducta UAEM

Descriptores: disfunción cerebral, conducta asocial, menores infractores.

En el presente estudio se analizó una muestra de 258 niños, que constituyen el 15% de una población escolar de 1,719 niños en una escuela de enseñanza primaria, permitió identificar un grupo de alteraciones de conducta asocial relacionada con problemas de aprendizaje y conducta. Estas alteraciones fueron estudiadas comparativamente en un grupo de niños con síndromes de disfunción cerebral y TDA-H, y un grupo control con niños sin esta patología, subdivididos los primeros de acuerdo a la existencia o no de problemas de aprendizaje escolar, y los segundos de acuerdo a los antecedentes de riesgo de problemas cerebrales.

Los puntajes en la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) y la Escala de Actividad del Niño de Werry, mostraron también diferencias significativas entre ambos grupos. Los menores normales con antecedentes de riesgo, presentaron un perfil psicopatológico en la Escala BPRS mayor que los niños normales sin estos antecedentes.

El estudio de los menores con diagnóstico de Disfunción cerebral, y otro control, confirma que el primero de estos presenta en forma importante comportamiento asocial de acuerdo con la definición de la OMS, afecta al 50% de estos menores con problemas de aprendizaje. Las alteraciones más frecuentes son: cleptomanía, Mitomanía, vagabundez, escapismo y bajo rendimiento escolar, pandillerismo, y otras alteraciones del comportamiento social en 74%. Esto se encuentra asociado en la mayoría de los casos a un síndrome de Trastorno por Déficit de Atención con hiperquinesia, así como a un comportamiento agresivo, dirigido principalmente contra sus compañeros de escuela y sus hermanos.

Los problemas de conducta asocial, aparentemente se encuentran relacionados con problemas de aprendizaje global, en el cual se encuentran comprendidos problemas de conducta social y el aprendizaje de normas de esta índole. Esto es más ostensible en el comportamiento del niño hiperquinético, tal como se muestra en las escalas clínicas empleada, y el perfil psicopatológico de estas, así como en los puntajes correspondientes a la escala de Werry.

Posteriormente se realizó el estudio de un grupo de menores infractores, comparativamente con el grupo anterior de menores no infractores con problemas de aprendizaje, del mismo nivel socioeconómico, edad y sexo, que muestra características similares en ambos respecto a la estructura familiar deficiente, problemas de aprendizaje y reprobación escolar. Se encuentra una elevada proporción de antecedentes de Síndromes de disfunción cerebral infantil en su variedad de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperquinesia (TDA-H) en ambos grupos, así como antecedentes de riesgo de daño cerebral, sin diferencias entre ambos grupos.

Las diferencias fundamentales en el grupo de infractores, se encuentran en la salida de la madre del hogar por motivos laborales y económicos y la deserción escolar, y se encuentra como delitos predominantes: el robo, la conducta agresiva, farmacodependencia y alteraciones de conducta sexual. Estas características son similares a las referidas para poblaciones de infractores juveniles en la República Mexicana y también a las mencionadas en otros países.

Conclusiones.- La observación de la conducta asocial en menores con problemas de aprendizaje y conducta, y de menores infractores, permite observar la consistencia de algunas características biopsicosociales comunes:

- Antecedentes de disfunción cerebral, desde la infancia principalmente Trastorno por Déficit de Atención con Hiperquinesia;
- Problemas de aprendizaje y conducta, y posteriormente conducta antisocial frecuentemente asociada con conducta delictiva en el mismo sujeto;
- Datos de marginación social; bajo nivel socioeconómico y laboral; Alcoholismo y trastornos de personalidad en padres y familiares;
- Psicopatología familiar, tanto en el sujeto como en sus padres y hermanos, preexistente antes de la comisión del delito.

Reforzando un sustrato psicobiológico anormal en estos menores, se encuentran problemas de marginación social, y su estructura socioeconómica débil, en la que se asocia la pérdida del control familiar producida por la ausencia de la madre y las características psicopatológicas de estas en relación a la ruptura de premisas socioculturales. Es importante el problema de psicopatología relacionada con estos aspectos, como es la incidencia de este síndrome de disfunción cerebral, manifestado en la infancia por estas conductas asociales, y que en la infancia se transforman en clara conducta antisocial e incluso delictiva, iniciando una escalada conductual que llega hasta la edad adulta en una espiral criminal, iniciada en la infancia como solo problemas de aprendizaje y conducta.

Los resultados permiten concluir la existencia de un importante número de casos de disfunción cerebral en menores infractores, responsable de fallas de aprendizaje tanto escolar como social, antecedentes de conducta asocial desde la niñez. De la misma manera, la probabilidad de prevención de la conducta delictiva desde pequeños en el ambiente escolar, donde se puede señalar una población de alto riesgo de conducta delictiva precozmente, incluyendo estos factores en programas de prevención de la delincuencia y la farmacodependencia.

Imagen corporal, perfeccionismo y síntomas de dismorfia muscular en usuarios de gimnasios: Comparación por género

Larios López Maricruz*, Álvarez Rayón Georgina*, Escoto Ponce de León María del Consuelo**, Franco Paredes Karina*** y Mancilla Díaz Juan Manuel*.

*Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala; **Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario-Ecatepec

***Universidad de Guadalajara, Centro Universitario del Sur

Descriptores: dismorfia muscular, perfeccionismo, imagen corporal, usuarios de gimnasios y género

En la interiorización de un determinado ideal corporal, los medios de comunicación desempeñan un papel de gran importancia, ya que difunden y promueven estereotipos, valores y normas socioculturales sobre la estética corporal, lo que fomenta que tanto las mujeres como los hombres puedan