

# DIABETIS AVUI



## AUTOEFICÀCIA I DIABETIS

Gemma Peralta Pérez

Fundació Rossend Carrasco i Formiguera

[www.frcf.cat](http://www.frcf.cat)



c/ Dr. Carulla 26, 1      08017 Barcelona



93.205.44.11



[gperalta04@gmail.com](mailto:gperalta04@gmail.com)

## **1. Introducció.**

La diabetis és una de les malalties cròniques que més requereix la col·laboració de la Psicologia, tant per contribuir a l'adaptació de la persona al tractament com per afavorir una evolució més adequada.

En els últims anys s'han fet nombroses investigacions sobre les variables psicològiques que poden incidir sobre la diabetis. En aquest article es destaca la influència de l'autoeficàcia en el tractament de la diabetis i com pot millorar la implicació i l'adherència al tractament.

## **2. L'evolució al llarg de la història sobre la incidència de variables psicològiques en el tractament de la diabetis.**

A principis del segle XVII, Willis al 1679 (1) i Maudsley al 1899 (2), van suggerir la relació entre la diabetis i la psicopatologia. Segons aquests autors, els estats prolongats de depressió i / o ansietat, semblaven ser en nombrosos casos, la causa de la diabetis. Aquesta hipòtesi s'ha demostrat que és errònia, però sí que s'ha observat que l'estrès psicològic, pot actuar com a desencadenant de la malaltia.

Les primeres teories que es van proposar per explicar la relació entre diabetis i psicologia, van ser des de l'enfoc psicoanalític. Teòrics com Dunbar (1947), van proposar tipus específics de personalitat per a diferents malalties (3). En molts estudis empírics que s'han dut a terme, no s'ha aconseguit identificar característiques de la personalitat específiques que es consideren típiques de les persones amb diabetis. Altres autors com Alexander al 1950 (4), han assenyalat que conflictes inconscients podien ser la causa de malalties específiques, que es van anomenar "psicosomàtiques". Aquest enfoc no va demostrar ser d'utilitat en el tractament dels pacients i, per tant es va fer necessari un nou marc de referència.

En la recerca de noves aportacions de la psicologia a l'estudi i tractament de la diabetis, partint d'un enfocament científic i utilitzant una metodologia rigorosa, ens centrem en els estudis realitzats en els últims 15 anys, on es poden identificar 3 línies de recerca:

- 2.1. la detecció de la psicopatologia en els pacients amb diabetis i la seva influència en l'evolució de la malaltia;
- 2.2. la influència de les característiques de la personalitat sobre el control metabòlic de la malaltia i

2.3. la intervenció psicològica orientada a millorar l'adaptació a la malaltia, la qualitat de vida i el control metabòlic.

### **2.1. La detecció de la psicopatologia en pacients amb diabetis.**

Quan s'estudien malalties cròniques hi ha un acord general respecte al fet que els trastorns depressius són els que apareixen amb més freqüència i a més la seva prevalença és major entre aquests pacients que entre la població general (5). Aquestes dades es mantenen en el cas de la diabetis, però en molts estudis es posa en evidència la dificultat que existeix entre diagnosticar els símptomes de depressió i els símptomes de la diabetis com pèrdua de pes, cansament, hipersòmnia, etc.(6). No hi ha estudis que confirmen que la prevalença de depressió sigui major en pacients amb diabetis que entre els pacients que pateixen altres malalties cròniques. No obstant això, sí que s'evidencia que quan apareix un trastorn depressiu en una persona amb diabetis, empitjora el control de la glicèmia.

### **2.2. La influència de la personalitat sobre el control metabòlic.**

Les variables de personalitat que s'han identificat com a rellevants varien molt en funció del marc teòric de què es tracti. Així doncs autors que s'han basat en el model de la personalitat d'Eysenck (Gordon, Fisher i cols., 1993) (7), indiquen una correlació positiva entre les puntuacions de neuroticisme i els nivells d'hemoglobina glicosilada, encara que no està molt clar el mecanisme que expliqui aquesta relació. Altres grups com els de Lustman, Bradley i McGuill (1995) (8), van utilitzar el model tridimensional de personalitat de Cloninger per verificar si les persones amb diabetis amb característiques extremes de la personalitat tindrien un pitjor control metabòlic. Van observar que, les característiques d'alta dependència de la recompensa i alta evitació del dany, guardaven una relació significativa amb els pitjors controls glicèmics. En el cas concret de la diabetis, la presència d'aquestes característiques dificulta notablement l'establiment d'una bona relació sanitari-pacient i el seguiment continuat de les pautes de tractament.

Finalment, Orlandini i Pastore (1995) (9), han avaluat la relació entre el control glicèmic i les alteracions de la personalitat basades en els trastorns de l'eix II del DSM-III-R. S'ha observat que, les característiques que prediuen pitjors nivells d'hemoglobina glicosilada són: inestabilitat emocional, baixa autoestima, relacions basades en la dependència, facilitat per al descontrol d'impulsos i dificultats per a tolerar la frustració.

### **2.3. La intervenció psicològica orientada a millorar l'adaptació a la malaltia.**

El procés d'adaptació a la malaltia és difícil ja que suposa la interacció entre la psicologia individual del pacient, l'entorn social i l'entorn familiar. Les variables psicològiques de major rellevància en el procés d'adaptació a la diabetis són:

- les atribucions del pacient sobre la malaltia,
- el nivell d'ansietat o depressió associat a la malaltia i
- les estratègies d'afrontament del subjecte.

**2.3.1. En les atribucions que el pacient realitza sobre la malaltia**, s'avalua el paper de les atribucions que efectua el pacient sobre els símptomes, gravetat de la malaltia, vulnerabilitat a les conseqüències negatives, costos i beneficis del tractament i percepció d'autoeficàcia per dur a terme les activitats d'autocura.

La autoeficàcia ha estat estudiada en la literatura de la psicologia social i la Psicologia de la Salut per explicar la Teoria de la Motivació i l'Aprenentatge. Aquesta variable psicològica ha estat important com a predictor de conductes saludables (10). La autoeficàcia es va definir originalment com la "creença que un és capaç d'executar amb èxit un determinat comportament requerit per obtenir uns determinats resultats" (Bandura 1977). Aquest conjunt de judicis referits al self, als quals Bandura es refereix també amb les expressions d'expectatives d'eficàcia o eficàcia personal, formen part del que l'autor anomena la capacitat psicològica de autoreflexió. És important distingir entre autoeficàcia (expectatives d'eficàcia) i expectatives de resultats. Aquestes últimes es defineixen com "la creença que un determinat comportament produirà uns determinats resultats" (Bandura 1977) (11). Tots dos tipus d'expectatives, la d'eficàcia i la de resultats, són importants en la motivació per realitzar una conducta. Així per exemple, si una persona se sent capaç de realitzar un comportament "x", però no espera que aquest comportament li aportï resultats positius o valuosos, probablement no el realitzarà. Igualment, si una persona creu que el comportament "x" produeix resultats valuosos però no es creu capaç de realitzar aquest comportament, tampoc s'esforçarà per fer-ho. Les expectatives tant d'eficàcia com de resultats, es conceben no com a variables globals i estables, sinó com cognicions específiques i canviants que es formen a partir de la informació procedent de diferents orígens.

Les investigacions revelen que alts nivells d'autoeficàcia tenen conseqüències beneficioses per al funcionament de l'individu i el seu benestar en general, doncs li ajuden a sentir-se motivat per l'acció. (12).

Quan s'estudia la percepció d'eficàcia personal per a l'afrontament de situacions crítiques, com per exemple l'afrontament a una malaltia com la diabetis, cal conèixer la percepció que les persones tenen de la seva malaltia, especialment la percepció que gira al voltant de les dimensions cognitives (conseqüències de la malaltia, durada de la malaltia, control personal de la malaltia, efectivitat del tractament i identitat) i emocionals (consciència sobre la malaltia, emocions generades per la pròpia vivència de la malaltia, comprensió de la malaltia i sentit que se li dóna a la malaltia). La dimensió cognitiva i emocional de la malaltia així com l'autoeficàcia influeixen notablement en la realització de conductes d'autocura.

Finalment, les creences d'autoeficàcia afecten també en l'esforç que l'individu aplica en l'aprenentatge i continuïtat del tractament així com la perseverança davant els obstacles que s'enfronta durant la vivència de la malaltia .

#### Mètodes que enforteixen l'autoeficàcia en el tractament de la diabetis

El rebre el diagnòstic de diabetis es converteix en una situació generadora d'estrès, no només per la seva condició de crònica sinó a més per les implicacions terapèutiques que comporta com és, l'aprenentatge de múltiples tasques del tractament (aprenentatge de controls capil·lars, aprenentatge de la pauta alimentària, aprenentatge de les cures del peu, ...). Aquesta és una de les raons perquè es produeixi un autocura inadequada, ja que la persona ha d'aprendre una diversitat alta de tasques per poder controlar la malaltia. Per realitzar aquest aprenentatge serà important que utilitzi una motivació continuada i tenir ben instaurada la variable d'autoeficàcia.

A. Bandura va identificar 4 fonts a través de les quals obtenim més informació sobre la nostra autoeficàcia:

a) L'èxit en la realització de tasques d'autocura (èxits del passat, aspectes que s'hagin aconseguit davant d'altres dificultats de vida, no necessàriament d'una malaltia en concret),

b) L'observació d'altres persones que aprenen a realitzar una tasca o resoldre un problema (modelling).

c) El ser persuadit que un és capaç de dur a terme una tasca (persuasió social).

d) La interpretació individual d'experiències subjectives i emocionals o fisiològiques (per ex., interpretar que l'acceleració del batec del cor sigui a causa d'una excitació i no s'interpreti com un factor de por).

En concret, a la Diabetis, alguns mètodes que poden contribuir a millorar l'autoeficàcia són:

a) l'establir petits objectius del tractament i aconseguir-mitjançant entrenament o pràctica continuada, augmenta el sentit d'autoeficàcia (experimentació de domini). Si els objectius de tractament són massa elevats, és més probable que es produeixi un fracàs. Aquest factor seria important tenir-ho en compte quan li parlem al pacient de disminuir els nivells d'hemoglobina, ja que aquests haurien de plantejar com a objectius graduals i no com salts importants. Si el fracàs es produeix amb massa freqüència i encara no s'ha desenvolupat la autoeficàcia en el tractament de la diabetis, aquests fracassos tindran un impacte negatiu encara més gran sobre la motivació i pot influir en l'adherència al tractament.

b) La observació d'altres persones que aprenen a realitzar una tasca o a resoldre un problema semblant al propi, l'anomenat mètode Modelling. Aquest mètode és l'aprenentatge indirecte o observacional de models de referència. Consisteix en mirar o experimentar com altres persones realitzen amb èxit una tasca del tractament. Aquest enfocament ha demostrat ser, en diferents estudis, un enfoc d'èxit. Un factor important d'aquest mètode és que la persona que demostra com es realitza una tasca en concret del tractament, es percebi com algú semblant a la persona que està observant. Per tant per facilitar la implicació en aquesta experiència d'aprenentatge serà important que el model sigui el més semblant en termes d'edat, gènere, ètnia i estatus socioeconòmic al pacient que vulguem que modifiqui la seva conducta davant el tractament.

Aquest aspecte ens ha de portar a reflexionar també en l'útil que pot ser la utilització de persones amb diabetis, amb un control òptim, per ensenyar variables del tractament a altres pacients i que no sigui sempre el mateix professional sanitari que ho faci.

c) Interacció entre iguals: solen desenvolupar-se a partir del modelling i són un mitjà prometedor en la millora del tractament. Els iguals solen percebre, en general, com algú semblant a nosaltres mateixos i en teoria poden aportar un model positiu en relació a actituds, creences i conductes pel que fa a la malaltia.

d) Interaccions familiars: les interaccions amb els membres de la família són una altra forma de potenciar la millora de l'autoeficàcia en diabetis. En el cas de joves que tinguin familiars amb la mateixa afecció, que siguin individus amb un control òptim de la malaltia, poden compartir els seus èxits amb ells (millora de l'hemoglobina, augment dels controls capil·lars amb resultats adequats, ...).

No hi ha una única solució perquè les persones amb diabetis desenvolupin i mantinguin unes pràctiques adequades d'autocura. No obstant això, la rellevància de l'autoeficàcia a l'hora de facilitar el canvi conductual, és una troballa consistent en tots els estudis en què participen persones amb diabetis tipus 1 i tipus 2. (13).

Quan les persones creuen que són capaços de dur a terme les seves tasques d'autocura en el tractament, tenen més probabilitat d'assolir amb èxit aquestes tasques (13). Al llarg de diferents estudis s'ha identificat que l'autoeficàcia és una variable important que facilita la millora en l'autocura. L'alta autoeficàcia en el tractament de la diabetis comporta que si una persona no aconsegueix resoldre un problema o no obté el resultat esperat, no ho interpretaria com un fracàs personal, sinó que augmentaria la motivació per superar aquests obstacles que s'interposen per a la millora de l'autocura (14).

Per part dels professionals que tracten amb la diabetis serà també important com s'enfoquin i estructurin les experiències d'aprenentatge tenint en compte els enfocaments anteriors.

Les creences de les persones en automotivar-se i en autoregular la seva conducta tenen un paper bàsic en contemplar les possibilitats de realitzar canvis d'hàbits perjudicials per a la seva salut. És més fàcil prevenir els hàbits perjudicials per a la salut que tractar de modificar-los posteriorment, sobretot quan s'han instaurat com a part d'un estil de vida. En el cas de la Diabetis seria crucial instaurar, des de l'inici del diagnòstic, patrons d'hàbits saludables i anar controlant, al llarg de l'evolució, que aquests patrons no es deteriorin amb el temps.

**2.3.2. El nivell d'ansietat o depressió associat a la malaltia.** Les persones amb

majors nivells d'ansietat poden tenir un control metabòlic més deficient. En la diabetis, les tècniques més estudiades per reduir aquests nivells d'activació han estat, la relaxació muscular (acompanyada o no de biofeedback), el mostrar referents de persones que siguin semblants a l'individu en qüestió i que hagin tingut una evolució adequada de la malaltia i el control del pensament negatiu. En els pacients on es donen nivells de depressió com a reacció al patiment de la malaltia, serà important valorar el nivell d'autoeficàcia que la persona té davant cadascuna de les variables del tractament, ja que nivells d'autoeficàcia disminuïts es correlacionen amb estat depressius (15).

Les persones amb nivells depressius solen valorar que el compliment terapèutic els ha portat a una pèrdua notable d'hàbits o costums anteriors. En aquests casos és important aconseguir adaptar el tractament de la Diabetis a l'estil de vida que estava portant a terme l'individu fins al moment del diagnòstic. En diferents estudis es demostra que la depressió impedeix l'adopció de conductes d'autocura i influeix en la disminució de la motivació social.

**2.3.3. De les estratègies d'afrontament que tingui una persona** depèn també la seva manera d'enfrontar a l'estrès que comporta la diabetis. Aquesta malaltia planteja cada dia situacions que algunes persones poden percebre com a molt amenaçadores i poden no tenir els recursos eficaços per fer-los front. Les tècniques que han demostrat major eficàcia per afrontar amb èxit les situacions difícils han estat, l'entrenament en assertivitat i habilitats socials, així com l'afrontament o coping actiu davant la malaltia (16). Aquestes variables també s'haurien d'incloure en els programes educatius al pacient per poder modificar determinades estratègies que posseeixen i contribuir a un afrontament de la malaltia més saludable.

És cada vegada més evident que si s'aconsegueix modificar aspectes relacionats amb el funcionament psicològic del pacient, l'evolució que la persona realitzi en el procés de la malaltia, serà més favorable.

### 3. Conclusions

1) En diferents estudis es comprova que un nivell elevat d'autoeficàcia (el capaç que un individu se senti de dur a terme un comportament o acció), es correlaciona amb una millora en el control metabòlic de la diabetis, ja que en sentir-se més capaç de realitzar i dur a terme el tractament, col·labora més activament en aquest. Veure referències sobre qüestionaris d'autoeficàcia (Taula 1).



- 2) Introduir en els programes educatius de la diabetis, variables psicològiques com l'autoeficàcia, que poden afavorir l'adherència al tractament.
- 3) És important que també el professional sanitari sàpiga manegar aquest tipus de variables i conegui la seva aplicabilitat en programes de formació als pacients per a poder-les millorar.
- 4) La realització d'objectius terapèutics graduals afavorirà la millora en el nivell d'autoeficàcia de la persona amb diabetis.
- 5) La utilització de tècniques com el Modelling, la interacció entre iguals i la interacció amb la família, afavorirà la millor adaptació per part de l'individu a la malaltia. Recordem que la persona amb Diabetis està dins d'un entorn familiar i dins d'un entorn social que tenen major poder d'influència, en moltes ocasions, que el propi personal sanitari.

#### Taula 1. Qüestionaris d'autoeficàcia.

**Wallston KA, Rothman RL, Cherrington A. Psychometric properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS). J Behav Med.2007 Oct;30 (5):395-401. Epub 2007 May 24.**

Aquesta és una escala vàlida per a mesurar autoeficàcia en diabetis, en totes les variables del tractament.

**Diabetes Self-Efficacy Scale.**

En la pàgina web: [patienteducation.stanford.edu/research/sediabetes.html](http://patienteducation.stanford.edu/research/sediabetes.html)  
(30 de Marzo de 2012).

**Spanish Chronic Disease Self-Efficacy Scale – AHRQ.**

En la pàgina web: [Ahrq.gov/research/diabetesnetwork/spcdquest.htm](http://Ahrq.gov/research/diabetesnetwork/spcdquest.htm)  
(2 de Abril de 2012).

**Osborn CY, Egede CE. Information Motivation Behavioral Skills Model (IMB). Patient Educ Couns 2010. Apr. 79(1): 49-54. Epub 2009 Aug 21.**

Aquesta és una escala per a mesurar motivació a nivell general.

#### 4. Bibliografia

1. **Willis, T.** Pharmaceutice rationalis: or exercitation of the operation of medicines in human bodies. En *The works of Thomas Willis*, London: Dring, Harper y Leigh, 1679.
2. **Maudsley, H.** The pathology of mind. New York: Appleton, 1899.

3. **Dunbar, F.** Emotions and bodily changes. New York, Columbia University Press, 1947.
4. **Alexander F.** Psychosomatic Medicine: its principles and applications. 1950. New Cork, Norton.
5. **Katon W.** Depresión: somatic symptoms and medical disorders in primary care. Compr Psychiat 1983; 23:274-87.
6. **Lustman P, Griffith L, Clouse R, Cryer P.** Psychiatric illness in Diabetes: relationship to symptoms and glucose control. J Ner Ment Dis. 1986;174:736-42.
7. **Gordon D, Fisher SG, Wilson M, Fergus E, Paterson KR, Semple CG.** Psychological factors and their relationship to diabetes control. Diabetic Medicine 1993;10:530-534.
8. **Lustman P, Bradley F, McGill J.** Relationship of personality. Characteristics to glucose regulation in adults with diabetes. Psychosomatic Medicine 1995;53::105-312.
9. **Orlandini A, Pastore M.R.** Effects of personality on metabolic control in IDDM patients. Diabetes Care 1995 18: 206-209.
10. **Bandura A.** Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993;28:117-148.
11. **Bandura A.** Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977;84:191-215.
12. **Bandura A.** Self regulation of motivation through anticipatory and self regulatory mechanisms. In R.A. Dienstbier (ed.), Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation 1991;38:69-164. Lincoln: University of Nebraska Press.
13. **Schokker MC, Keers JC, Bouma J, Links TP, Sanderman R, Wolffenbuttel BH, Hagedoorn M.** The impact of social comparison information on motivation in patients with diabetes as a function of regulatory focus and self-efficacy. Health Psychol 2010; 29(4):438-45.
14. **Wynn Nyunt S, Howteerakul N, Suwannapong N, Rajatanun T.** Self-efficacy, self-care behaviors and glycemic control among type-2 diabetes patients attending two private clinics in Yangon, Myanmar. Fam Pract 2011;28(1):82-7.
15. **Sacco WP, Bykowski CA.** Depression and hemoglobin A1c in type 1 and type 2 diabetes: the role of self-efficacy. J Formos Med Assoc 2010;109(7):503-10.
16. **King DK, Glasgow RE, Toobert DJ, Strycker LA, Estabrooks PA, Osuna D, Faber AJ.** Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. Diabetes Care 2010;33(4):751-3.