

Seminarios de diabetes

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DIABETES

Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus

Psychological assessment of patients with diabetes mellitus

E. Martín, M.T. Querol, C. Larsson, M. Renovell, C. Leal

Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

Los aspectos psicológicos son cada vez más relevantes en las enfermedades crónicas como la diabetes. Por ello, es necesario disponer de instrumentos de evaluación psicológica para optimizar tanto la adhesión al tratamiento como el manejo de la enfermedad y su repercusión en la calidad de vida del paciente con diabetes. La mejora asistencial ha dado paso a la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, centrándose en la implicación de la diabetes en los distintos aspectos que conforman la calidad de vida. La evaluación psicológica permite «operativizar» las variables relacionadas con el manejo de la enfermedad y sus estresores asociados, que influyen en el pronóstico y la evolución de la diabetes mellitus. En este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica con el objetivo de recopilar los instrumentos psicológicos empleados en la valoración de la diabetes. Se han seleccionado los más utilizados, así como las variables que se evalúan normalmente, como la percepción de control, las estrategias de afrontamiento, las creencias relacionadas con la salud, el estrés percibido, la satisfacción, etc., y sus implicaciones terapéuticas. En conclusión, si bien la mayor parte de estos instrumentos se centra en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en general y no son específicos de la diabetes mellitus, a medida que se ha visto contrastada la importancia de la atención integral en el cuidado de la diabetes, se observa una tendencia creciente a desarrollar instrumentos más específicos. Pese a ello, se aprecia una carencia en la evaluación de variables psicológicas más directamente relacionadas con el ajuste a la enfermedad, así como de instrumentos validados en la población española.

Palabras clave: diabetes, evaluación psicológica, calidad de vida.

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2007

Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2007

Correspondencia:

C. Larsson. Servicio de Psiquiatría. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 460010 Valencia.
Correo electrónico: crhristinalarsson@hotmail.com

Lista de acrónimos citados en el texto:

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; DM: diabetes mellitus;
DM1: diabetes mellitus tipo 1; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada.

Abstract

The psychological aspects are increasingly more relevant in chronic diseases as diabetes. Then, it is necessary to have instruments of psychological assessment to optimize the adherence to the treatment as well as the managing of the disease and its repercussion in the Quality of Life (QOL) of people with diabetes. Improvement of diabetes care has led to assessment of the quality of life related to health, focusing on diabetes impact over different aspects of the quality of life. The psychological assessment analyses the variables related to management of the disease and its associated stressors that may have influence on outcome and prognosis of diabetes. The aim of this paper is to compile the psychological instruments used in the assessment of the diabetes by means of bibliometric investigation. The most used instruments were selected and its domains as control perception, coping responses, health-related beliefs, perceived stress, satisfaction, etc, and their therapeutic implications. In conclusion, although most of the used instruments focus on the assessment of the QOL in general and are not specific for diabetes, as the importance of integral attention in diabetes care has been confirmed, there is an increased trend to developed more specific instruments. Despite of this, there is still a need of new tests in the assessment of psychological variables related directly with the adjustment to the disease, as well as validated instruments for the Spanish population.

Key words: diabetes, psychological assessment, quality of life.

Introducción

El impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la diabetes mellitus (DM) provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas que los pa-

cientes con DM refieren con mayor frecuencia. En la actualidad, se considera que el cuidado del paciente debe responder a una visión multidimensional que conjuntamente valore los resultados clínicos y psicológicos. Esta nueva perspectiva, basada en la atención integral, ha propiciado el desarrollo y la investigación de una de las áreas de especial interés en las enfermedades crónicas: la calidad de vida. El término «calidad de vida», aunque se ha utilizado ampliamente, sigue adscrito a una gran diversidad conceptual y operativa. Las posibilidades de este constructo comprenden las siguientes: llevará a cabo una evaluación durante las etapas críticas y a través del proceso de enfermedad, determinar la relación entre las diferentes áreas que definen el constructo de calidad de vida, valorar el grado de impacto diferencial en cada una de ellas, o establecer diferencias entre pacientes de distintas patologías y características de enfermedad.

Importancia de la evaluación de la calidad de vida de los pacientes

Abundar en estos aspectos de la calidad de vida permitirá delimitar las áreas psicosociales más afectadas en el caso del paciente y en relación con las diferentes fases de la enfermedad, así como aportar información a los profesionales de la salud acerca del impacto del tratamiento administrado. Todo ello hacia un objetivo común, que consiste en combinar pautas clínicas e intervenciones psicológicas específicas que permitan incrementar la calidad de vida de los pacientes diabéticos. La relación entre la calidad de vida y el manejo de la diabetes es bidireccional, a pesar de que no está claro qué parte de la calidad de vida está relacionada con la DM, lo que dificulta la intervención psicológica precisa. La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje de habilidades y estrategias de afrontamiento como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad.

Una característica que diferencia la DM del resto de enfermedades crónicas es la necesidad de que el paciente adopte un papel activo en su autocuidado, tomando el máximo de responsabilidades que, con seguridad, van a implicar decisiones sobre determinados aspectos del tratamiento. Muchos pacientes informan de sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, y frecuentemente están poco motivados para completar las tareas de autocuidado. Estos hallazgos son consistentes

en toda la bibliografía científica, y están asociados con el deterioro en la calidad de vida.

Los aspectos psicológicos influyen en la percepción subjetiva de la salud y ésta, en general, está asociada con la carga percibida del síntoma, así como el estrés emocional. Por otro lado, la percepción del control en la DM está relacionado con los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), así como con las preocupaciones asociadas a la enfermedad. Se ha encontrado que la salud mental y la depresión están asociadas con errores en la valoración de la percepción de control, por lo que los pacientes deprimidos valorarían como más desfavorable su control de la enfermedad.

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de una buena parte del control de su enfermedad, básicamente mediante un entrenamiento psicológico. La mejora de la calidad de vida de los pacientes con diabetes a través del procedimiento de intervención psicológica ha demostrado su utilidad y eficacia en los trastornos relacionados con la medicina del comportamiento.

Posibles intervenciones psicológicas

En la Universidad de Yale (Estados Unidos, 2000), se realizó una revisión bibliográfica desde 1980 hasta 1999, con el objetivo de evaluar distintos tipos de intervenciones psicológicas y sus efectos específicos. Las conclusiones a las que se llegó fueron las siguientes: a) los programas educativos ayudan a aumentar el conocimiento, son necesarios pero no son suficientes para mejorar el control metabólico; b) las intervenciones psicosociales y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento pueden tener un efecto positivo sobre el control metabólico, y c) las intervenciones familiares ayudan a reducir los conflictos paternofiliales sobre el manejo de la diabetes.

Numerosos trabajos validan la eficacia del entrenamiento en autocuidado del paciente diabético. Díaz Nieto et al.¹ llegan a la conclusión de que se consigue una variación significativa en los niveles de glucemia trabajando de modo grupal el conocimiento de la enfermedad, entrenando el autocontrol y la relajación profunda. Cook et al.² describen una mejoría en el control metabólico en un grupo de adolescentes entrenados en solución de problemas. Viner et al.³ obtuvieron una mejoría de un 15% en la HbA_{1c} tras una intervención grupal de 6 sesiones con

un enfoque motivacional y de solución de problemas. Hains et al.⁴ examinaron los efectos de un programa de manejo del estrés basado en un entrenamiento, tanto en solución de problemas como en reestructuración cognitiva en esta población, y describen un impacto positivo.

Otros estudios encuentran un efecto positivo en el manejo de la enfermedad tras intervenciones familiares al disminuir los conflictos generados por este motivo^{4,5}. Méndez et al.⁶ indican cambios significativos en la adhesión al tratamiento diabético tras la aplicación de un programa de intervención conductual multidimensional: información, relajación, solución de problemas, habilidades sociales. Kaplan et al.⁷ refieren una mejoría en el control metabólico en un grupo de adolescentes tras 1 mes de entrenamiento en habilidades sociales. Varios estudios confirman la necesidad de trabajar la adhesión y el control metabólico en la diabetes desde una perspectiva multifocal^{4,8}. Diseñar programas de intervención psicológica basados en un único componente, aunque son necesarios, no son suficientes en sí mismos para garantizar unos resultados positivos. Como se refleja en la investigación científica desde los años ochenta, el escaso control glucémico se ha visto relacionado con distintos factores: genéticos, de estatus socioeconómico, motivacionales, de estrés emocional, estado de ánimo y trastornos alimentarios. La evaluación precisa de estos factores conlleva mejoras terapéuticas que influyen directamente en la calidad de vida del paciente con diabetes.

Por todo ello, el avance en el concepto de salud y el aumento de la prevalencia de la DM hacen que la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y de los aspectos psicológicos relacionados con el manejo de la DM sean útiles e indispensables en el ámbito sanitario. Por tanto, es necesario que los profesionales dedicados a los pacientes con DM conozcan, se familiaricen y manejen las herramientas de evaluación concretas.

Instrumentos de evaluación

La revisión bibliográfica realizada de los últimos 15 años tiene como objetivo seleccionar las herramientas de evaluación psicológicas que se han utilizado con más frecuencia para el abordaje y el estudio de la DM desde un enfoque integral, que incluye tanto la comprensión de la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida, como las habilidades de manejo de la enfermedad por parte de los propios pacientes. Se decidió no tener en cuenta

los cuestionarios específicos sobre el conocimiento de la enfermedad y de los aspectos del tratamiento, ya que se centran en variables biológicas y tienen una mayor difusión en los diferentes niveles sanitarios.

Los instrumentos seleccionados en función de su relevancia empírica y utilidad práctica se han recogido en una tabla resumen (tabla 1).

En estos años, se puede observar una progresiva especialización de los instrumentos en la investigación científica, así como un creciente interés hacia la evaluación de los aspectos concretos de percepción y control subjetivo de la enfermedad. Dentro de las dimensiones que se pretenden «operativizar» en la evaluación multidimensional, también se han ido desarrollando instrumentos de evaluación cada vez más precisos. Los cuestionarios utilizados en la bibliografía se centran en la medición de: a) la calidad de vida, que se valora con instrumentos generales y específicos para la enfermedad y trata de englobar los diferentes aspectos de la vida cotidiana del sujeto; b) los trastornos emocionales relacionados con la enfermedad, que se miden con las herramientas estandarizadas diseñadas para la evaluación de los trastornos mentales, como el BDI de Beck para la depresión o el STAI de Spielberger para la ansiedad; c) el ajuste psicológico, que se evalúa mediante medidas de autoconcepto, dificultades conductuales y competencia; d) las habilidades de afrontamiento de sucesos estresantes y de autocuidado en el manejo de la enfermedad; e) el estrés causado por la diabetes, que pretende medir el impacto del diagnóstico y su repercusión en el funcionamiento cotidiano (la amenaza y el impacto percibidos); f) la satisfacción con las circunstancias relacionadas con la diabetes, y g) las actitudes y las motivaciones de los sujetos referentes al tratamiento y al aprendizaje de nuevas habilidades.

El estrés inducido por la DM, en concreto la DM tipo 1 (DM1), es un hecho inesperado y de manifestación dramática en los años infantojuveniles, las consecuencias fatales producidas por las hiper/hipoglucemias severas y las complicaciones a largo plazo, así como la incapacidad laboral y los problemas en el trabajo. Estas dimensiones de la DM aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales que pueden influir negativamente en el curso de la enfermedad, en concreto en el autocuidado del paciente. Por ello, es necesario detectar de modo precoz las alteraciones emocionales y conductuales a través de instrumentos autoaplicados, así como con valoraciones clínicas. Al examinar la percepción subjeti-

Tabla 1. Instrumentos de evaluación

Cuestionario	Descripción	Observaciones
SF-36 ^{11,12} (Cuestionario de salud)	Incluye 8 dimensiones del estado de salud y proporciona un perfil del mismo. Sus ítems detectan tanto estados negativos como positivos de la salud, incluida la salud física y mental	Uno de los instrumentos genéricos para la valoración del estado de salud con mayor potencial de uso internacional en la evaluación de los resultados clínicos
QOL ¹³ (Evaluación de la Calidad de Vida)	Dimensiones de calidad de vida	
HRQoL ¹⁴ (Health-Related Quality of Life)	Calidad de vida relacionada con la salud. Refleja la percepción personal de la enfermedad. Específico para detectar problemas de ajuste en la enfermedad crónica	Utilizado como cribado para aumentar la efectividad de las intervenciones en el manejo de la enfermedad
WHOQOL 100 ¹⁵ (World Health Organisation Quality of Life Questionnaire)	Instrumento genérico de 100 ítems	Validado para discriminar pacientes con diferentes características de enfermedad y preparación para el cambio
WHOQOL-BREF ^{15,16} (World Health Organisation Quality Of Life Questionnaire-bref)	Evalúa calidad de vida. Versión abreviada del (WHOQOL 100)	Se utiliza para evaluar las necesidades y los objetivos de intervención en pacientes psiquiátricos y con enfermedades crónicas
DQOL ¹⁷ (Diabetes Quality of Life Scale) DQOLY ¹⁷ (Versión para Adolescentes)	46 preguntas tipo Likert. Mide la percepción subjetiva de la calidad de vida: impacto, satisfacción y preocupación social relacionada con la DM	
DSQOLS ¹⁸ (Diabetes-Specific Quality of Life Scale)	Específico de DM1	
EsDQOL ^{19,20} (Cuestionario de calidad de vida específico para la DM)	DQOL para población española	
ADDQoL ¹⁸ (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life, específico para tipo DM1)	18 ítems. Herramienta individualizada que permite a los pacientes completar sólo los ítems relevantes para ellos y medir la importancia del dominio evaluado para su calidad de vida, así como el impacto de la diabetes en ese dominio	A diferencia de otros cuestionarios, no asume que todo impacto de la enfermedad tiene que ser negativo
IMEVID ²¹ (Instrumento para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes)	25 preguntas. Evalúa: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y cumplimiento terapéutico	
BRIEF IPQ ²² (Brief Illness Perception Questionnaire)	Escala de 9 ítems para la evaluación rápida de las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad crónica	
Coping Responses Inventory ¹⁸	Explora el proceso de manejo de los pacientes para tratar su enfermedad	
DSMP ²³ (The Diabetes Self-management Profile)	41 preguntas relacionadas con las actitudes y su influencia en el autocontrol metabólico. Mide el manejo en la DM1, e incluye: ejercicio, manejo de hipoglucemias, dieta, control de glucosa, administración y ajuste de insulina	Es el que más correlacionado está con los niveles de HbA _{1c}
DDS ²⁴ (Diabetes Distress Scale)	Valora el distrés emocional asociado a la diabetes, e incluye: sobrecarga emocional, distrés asociado al malestar físico, distrés relacionado con el tratamiento, distrés psicosocial asociado a la enfermedad	Útil para la investigación y la práctica clínica
DEP ^{18,25} (Diabetes Educational Profile)	110 preguntas. Examina la relación control/enfermedad y el impacto psicológico	

(continúa)

Tabla 1. Instrumentos de evaluación (continuación)

Cuestionario	Descripción	Observaciones
DIRQ ²⁶ (Diabetes-specific Illness Representations Questionnaire)	Contiene 2 subescalas: la percepción de amenaza y el impacto percibido. Mide la percepción de las consecuencias en la diabetes	Tanto su nivel de consistencia interna como su validez de constructo son altas por su asociación con el autocuidado y el bienestar psicológico
IDSQR ²⁷ (Insulin Delivery System Rating Questionnaire)	Evalúa las percepciones del paciente diabético acerca de la satisfacción con el tratamiento, el impacto del tratamiento en las actividades diarias, la eficacia clínica, las preocupaciones relacionadas con la enfermedad y la carga social, el bienestar psicológico y la preferencia acerca del tratamiento en los pacientes que usan insulina	Fiabilidad y validez en la medición de calidad de vida y tratamientos de elección
DAS-3 ²⁸ (Diabetes Attitude Scale)	50 preguntas. Mide las actitudes, el autocontrol y el impacto. Cuestionario general válido y fiable para evaluar actitudes y motivaciones relacionadas con la DM	Comparaciones entre diferentes grupos de profesionales sanitarios o pacientes. Evaluación de programas de educación diabetológica
DAS-3sp ²⁸		Traducción y adaptación del DAS a la población española
EQ-5D ²⁹	Mide 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor y malestar	
DTSQ ³⁰ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire)	8 preguntas sobre satisfacción con el tratamiento, control metabólico y flexibilidad	
Diabetes Care Profile ¹⁷	234 ítems. Mide factores psicológicos relacionados con la DM y su tratamiento	
Treatment Satisfaction and Psychological Well-being ³⁰	11 preguntas. Valora la satisfacción con el tratamiento	
DMET ¹⁸ (Diabetes Measurement and Evaluation Tool)	73 ítems. Evalúa la satisfacción del paciente con la estructura, el proceso y la evolución de la diabetes	
WED ^{18,25} (Well-being Enquiry for Diabetics)	Autoinforme de 50 ítems. Se centra en evaluar 4 dimensiones de la calidad de vida: síntomas, malestar, equilibrio emocional e impacto	Se observó que los pacientes con DM2 obtienen menores puntuaciones que los pacientes con DM1
ADS ¹⁸ (Appraisal of Diabetes Scale)	7 ítems. Evalúa las valoraciones subjetivas sobre la diabetes	Se ha empleado para evaluar el efecto del ambiente laboral y familiar en el control glucémico y la adaptación psicosocial del adulto con diabetes

DM: diabetes mellitus; DM1: diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2.

va de la enfermedad y las actitudes de los pacientes acerca de la DM se pueden comprender más los mecanismos que explican un peor ajuste a la enfermedad.

La medición del estilo de vida es una tarea difícil, debido a las múltiples dimensiones que lo componen y a la dificultad para medir directamente cada dimensión de forma objetiva. Hemos hallado en la bibliografía consultada frecuentes adaptaciones y revisiones de diferentes cuestionarios sin un uso consensuado. Se observa un amplio desarrollo de cuestionarios que evalúan la calidad de vida, desde los primeros, que se centraban en aspectos más generales y unidimensionales, y más adelante en los específicos para la enfermedad crónica, hasta los más re-

cientes centrados ya en la DM. Para los aspectos emocionales, como la depresión y la ansiedad, se recurre generalmente a instrumentos concretos de uso ampliamente extendido y validado, como el BDI de Beck y el STAI^{9,10}. Hay pocos instrumentos que se centren en el manejo de la enfermedad, y evalúen las habilidades específicas de afrontamiento, tanto de las fluctuaciones de la diabetes, como de las repercusiones subjetivas del cambio en el estilo de vida asociado al tratamiento y el cuidado de la enfermedad. Sin embargo, dada la importante relación de los aspectos psicosociales en la evolución y el pronóstico de la enfermedad, se observa la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación cada vez más precisos que permitan sistematizar las variables implicadas y su repercu-

sión en la salud, con el objetivo de optimizar la eficacia y la eficiencia de la intervención terapéutica.

En conclusión, conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad facilita a los profesionales el canal de la comunicación, ayuda a explicar y entender lo que le pasa al paciente, y proporciona un marco de referencia para futuras decisiones y conductas que pueden minimizar los resultados negativos. Se ha observado la carencia de instrumentos específicos que valoren el *burn-out* del paciente con DM, que aparece con frecuencia en la práctica clínica, con complicaciones emocionales y conductuales, y dificulta el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Por tanto, es necesario profundizar en esta línea de trabajo desarrollando medidas concretas de evaluación que posibiliten la detección de esta problemática. ■

Bibliografía

- Díaz L, Galán S, Fernández G. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Pública Mex.* 1993;35:169-76.
- Cook S. Increasing problem solving in adolescents with type 1 diabetes: the choices diabetes program. *Diabetes Educ.* 2002;28:115-24.
- Viner R, Christie D, Taylor V, Hey S. Motivational/ solution-focused intervention improves HbA_{1c} in adolescents with type I diabetes: a pilot study. *Diabet Med.* 2003;20:739-42.
- Hains AA. A stress management intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Educ.* 2000;26:417-24.
- Ryden O. Family therapy in poorly controlled juvenile IDDM: effect on diabetic control, self-evaluation and behavioural symptoms. *Acta Paediatr.* 1994;83:285-91.
- Méndez FJ, Beléndez M. Effects of a behavioral intervention on treatment adherence and stress management in adolescents with IDDM. *Diabetes Care.* 1997;20:1370-5.
- Kaplan RM, Chadwick MW, Schimmel LE. Social learning intervention to promote metabolic control in type I diabetes mellitus: pilot experiment results. *Diabetes Care.* 1985;8:152-5.
- Boardway RH. Stress management training for adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol.* 1993;18:29-45.
- Spielberger C. *State-Trait Anxiety Inventory Manual.* Consulting Psychologists Press, Inc.
- Beck AT, Ward C H, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961;4:561-71.
- Hill F, Garry TL, Baptiste K, Brancati FL. Thirty-six-item short-form outcomes following a randomized study controlled trial in type II diabetes. *Diabetes Care.* 2005;28:443-4.
- Alonso J, Prieto L Antó M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104:771-6.
- Ghanbari A, Yekta ZP, Roushan Z, Lakeh N. Assessment of factors affecting quality of life in diabetic patients in Iran. *J Am Soc Nephrol.* 2005;16:2487-94.
- Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Curr Diab Rep.* 2002; 2:153-9.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-9.
- Akvardar Y, Akdede B, Ozerdem A, Eser D, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60:693-8.
- Hoey H, McGee H, Fitzgerald M. Parent and health professional perspectives in the management of adolescents with diabetes: development of assessment instrument for international studies. *Qual Life Res.* 2006;15:1033-42.
- Garrat AM, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patient- assessment health outcome measures for diabetes: a structured review. *Diabet Med.* 2002;19:1-11.
- Paddock LE. Development and validation of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. *Diabetes Care.* 2000;23:951-6.
- Millán MM, Reviriego J, Del Campo J. Reevaluación de la versión española del cuestionario Diabetes Quality of Life (EsDQOL). *Endocrinol Nutr.* 2002;49:322-4.
- Garza M, Calderón C, Salinas A, Núñez C, Villarreal E. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS.* 2003;41:465-72.
- Broadbent E, Petrie K, Main J, Weinmann J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60:631-7.
- Iannotti R, Nansel T, Schneider S, Haynie D. Assessing regimen adherence of adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2006;29:2263-7.
- Polonsky WH, Anderson B, Lohrer P, Welch G, Jacobsen A. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care.* 2005;28:626-31.
- Watkins K, Connell C. Measurement of Health-Related QOL in diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics.* 2004;22:1109-26.
- Skinner TC, Howells L, Greene S, Edgar K. Development, reliability and validity of the Diabetes Illness Representation Questionnaire: four studies with adolescents. *Diabetes Med.* 2003; 20:283-9.
- Peyrot M, Rubin RR. Validity and reliability of an instrument for assessing health-related quality of life and treatment preferences: the Insulin Delivery System Rating Questionnaire. *Diabetes Care.* 2005;28:53-8.
- Hernández JM. La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. *Endocrinol Nutr.* 2002;49:293-8.
- Koopmaschap M. Coping with Type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia.* 2002;45:18S-22S.
- Bradley C, Speight J. Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes Metab Res Rev.* 2002;18:64S-9S.

Consideraciones prácticas

- La atención integral a los pacientes con diabetes incluye la valoración de resultados clínicos y psicológicos, y por ello es preciso tener en cuenta su calidad de vida.
- Los problemas que los pacientes con diabetes refieren con mayor frecuencia, son: ansiedad, depresión, falta de energía, disfunciones sexuales, dificultades laborales y sentimientos de soledad.
- El deterioro en la calidad de vida está asociado con sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, y esto entorpece las tareas de auto cuidado que los pacientes deben llevar a cabo.