



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

## Facultad de Psicología

LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

EDUARDO CALLEJAS ROSAS

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

REVISORA DE TESIS:

MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA

SINODALES

DRA. ARACELI LÁMBARRI RODRÍGUEZ

MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ

LIC. CECILIA MONTES MEDINA

ASESOR ESTADÍSTICO

LIC. MA. DE LOURDES MONROY TELLO



MÉXICO, D.F. 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS

A mis padres, Dionisio Callejas +Q.D.P. y Guadalupe Rosas +Q.P.D.

Por darme la vida y enseñarme el buen camino, siempre estarán en mi corazón.

A mis hermanos, José Domingo Ignacio, Julio, Fernando, María Guadalupe,  
Alfredo, Carlos y Silvia.

A quienes quiero mucho y exhorto seguir unidos

A mis sobrinos, Jocelyn, César, Ignacio, Angélica, Miriam, Fernando, Alberto,  
Miguel Ángel, Carlos, Daniel, Guadalupe, Noemí y Edgar.

Con todo cariño

A mis tíos, Epifanio García +Q.D.P. y Dominga Callejas +Q.D.P.

A quienes quiero mucho y siempre estarán en mi corazón.

A mis primos, Adrián +Q.D.P., Verónica, Roque, Raúl, Hermelinda, Felipe, Julia,  
Epifanio, Ana, Alejandra, Reyna, José y Ema.

A quienes quiero mucho

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de ser parte de ella, hecho del cual me siento enormemente orgulloso.

A la Facultad de Psicología, por haberme brindado todos los elementos necesarios para ser no solo un buen profesional, sino un mejor ser humano. Gracias.

A la Maestra Karina Beatriz Torres Maldonado, por siempre atender de manera atenta y con disposición la revisión de esta investigación, así como sus invaluable comentarios que en su momento dieron forma a este trabajo. Muchas gracias.

A la Licenciada María de Lourdes Monroy Tello, por sus aportes y sugerencias fundamentales para este trabajo, así como la disposición y el tiempo siempre brindado. Gracias.

A todos mis profesores, que con su enseñanza, dedicación, paciencia y experiencia profesional contribuyeron a mi formación profesional. Muchas gracias.

Finalmente quiero dar un especial agradecimiento a todas las personas diabéticas que colaboraron en esta investigación y que compartieron conmigo la difícil experiencia de ser diabéticos.

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>CAPITULO I</b> .....	3
<b>EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS</b> .....	3
En el mundo .....	3
En México .....	4
Mortalidad .....	5
Morbilidad .....	8
Prevalencia.....	9
<b>Sintomatología de la Diabetes Mellitus Tipo 2</b> .....	13
Tipos de diabetes.....	15
La Diabetes Mellitus Tipo 2.....	16
Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.....	17
Métodos diagnósticos.....	18
Complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2 .....	18
Enfermedad cardiovascular.....	19
Nefropatía .....	19
Neuropatía.....	19
Amputación .....	19
Retinopatía.....	19
Patología de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	20
Impacto psicológico .....	23
<b>CAPÍTULO II</b> .....	26
<b>ESTILOS DE AFRONTAMIENTO</b> .....	26
Antecedentes .....	26
Hipótesis de afrontamiento.....	26
Componentes del afrontamiento .....	27
Definición de afrontamiento .....	31
Afrontamiento en padecimientos crónicos .....	33
<b>DIABETES Y SU AFRONTAMIENTO</b> .....	36
<b>CAPITULO IV</b> .....	55

<b>MÉTODO</b> .....	55
Justificación .....	55
Preguntas de investigación.....	55
Objetivos.....	56
Objetivos específicos .....	56
Hipótesis.....	57
Definición conceptual y operacional de variables. ....	57
Diseño de estudio y tipo .....	58
Escenario .....	58
Sujetos.....	58
Tipo de muestreo.....	58
Criterios de inclusión.....	59
Procedimiento .....	59
Instrumentos.....	59
Análisis de resultados .....	61
<b>CAPITULO V</b> .....	62
<b>RESULTADOS</b> .....	62
<b>CAPITULO VI</b> .....	73
<b>DISCUSIÓN</b> .....	73
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	83
<b>CONCLUSIONES</b> .....	83
<b>REFERENCIAS</b> .....	84
<b>ANEXOS</b> .....	103
Anexo 1.....	103

## **RESUMEN**

La enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2 es la enfermedad endocrina más frecuente en nuestro país y que tiene como resultado un defecto progresivo en la secreción de insulina o de su acción que condiciona el incremento de la morbimortalidad asociada a la enfermedad y a una reducción en la calidad de vida. La existencia de diversos factores de riesgo tanto biológicos, sociales, culturales y económicos influyen tanto en la presencia de la enfermedad como en las complicaciones que a su vez pueden desembocar en invalidez o incluso en la muerte.

Las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 logran llevar una excelente calidad de vida haciendo cambios en sus hábitos de alimentación, mantenerse activo y hacer ejercicio, seguir en tratamiento farmacológico que indique su médico y tener una actitud positiva y enfrentar los retos que le demande la enfermedad.

Palabras clave: diabetes mellitus, afrontamiento, sexo, edad, tiempo de diagnóstico, calidad de vida.

## **ABSTRACT**

Type 2 Diabetes Mellitus is the most frequent endocrine disease observed in our country. As a result, it has a progressive defect in the secretion or action of insulin, conditioning the increase in morbimortality associated to the disease, as well as a reduction in the quality of life. The existence of diverse risk factors, whether biological, social, cultural or economic, has an impact on the presence of the disease, and on the complications that might end up in disability or even death at the same time.

People with type 2 Diabetes Mellitus are able to achieve an excellent quality of life by making changes in their nutritional habits, keeping active and exercising, following a pharmacological treatment prescribed by their physician, as well as having a positive attitude and coping with the challenges demanded by the disease.

Key words: diabetes mellitus, coping, sex, age, period of diagnosis, quality of life.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, es la enfermedad endocrina más frecuente en nuestro país, comprende un conjunto de trastornos metabólicos heterogéneos que tienen como elemento común la hiperglucemia crónica, resultado de un defecto progresivo de la secreción de insulina o de su acción que condiciona un incremento de la morbimortalidad asociada a la enfermedad y una reducción de la calidad de vida. Es una de las enfermedades patológicas que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y en el adulto mayor, tiene proporciones epidémicas y su prevalencia es alta en comparación con la mundial, con una tendencia de aparición en la población adolescente, originando altos costos en la atención médica tanto pública como privada.

Estudios recientes confirman que la hiperglucemia es un factor y es un determinante para la aparición de complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus de las más frecuentes la retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética (Ramírez, 2008).

La presencia de diversos factores de riesgo tanto biológicos, sociales, culturales y económicos influyen tanto en la presencia de la enfermedad como en el de las complicaciones que a su vez pueden desembocar en invalidez o hasta en la muerte (Mújica, 2009).

Las personas con diabetes pueden llevar una excelente calidad de vida, haciendo pequeños cambios en sus hábitos; muchos de ellos son acciones que cualquier persona debería seguir como: aprender a llevar una alimentación saludable, mantenerse activo y hacer ejercicio, tomar una actitud positiva y aprender a enfrentar los retos cotidianos con educación en diabetes, seguir el tratamiento farmacológico que indique su médico, y automonitorear los niveles de glucosa en sangre (Sáinz de la Maza, 2008).

Por lo tanto, en la presente tesis se desea identificar cuál es el estilo de afrontamiento predominante en los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y a través de las aportaciones hechas bajo el consentimiento informado de los sujetos se les aplicará la Escala de Afrontamiento de Lazarus adaptada por Alfaro para saber si existen diferencias en los estilos de afrontamiento entre sexo, edad y tiempo de diagnóstico en el presente estudio.



# CAPÍTULO I

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS

### En el mundo

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más del 60% del total de las defunciones en el mundo. Tan sólo en el último año, este tipo de padecimiento causó 35 millones de defunciones en todo el planeta, lo que significó el doble de defunciones ocasionadas en conjunto por enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición. Dentro de las enfermedades crónicas, la Diabetes Mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

La epidemia de la Diabetes Mellitus es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030. En la tabla 1 se hace una proyección de los países con el número de personas con diabetes, en un rango de edades entre 20 a 79 años de edad, así como su prevalencia de periodo para el año 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.

**Tabla 1. Proyección de países con número de personas con diabetes (20-79 años), 2011 y 2030.**

PAÍS	2011	PAÍS	2030
	MILLONES		MILLONES
1. China	90.0	1. China	129.7
2. India	61.3	2. India	101.2
3. EEUU	23.7	3. EEUU	29.6
4. Rusia	12.6	4. Brasil	19.6
5. Brasil	12.4	5. Bangladesh	16.8
6. Japón	10.7	6. México	16.4
7. México	10.3	7. Rusia	14.1
8. Bangladesh	8.4	8. Egipto	12.4
9. Egipto	7.3	9. Indonesia	11.8
10. Indonesia	7.3	10. Pakistán	11.4

La Diabetes Mellitus es hoy en día una de las enfermedades no contagiosas más frecuentes en todo el mundo. Es la cuarta o quinta causa de muerte en la mayoría de los países de ingresos altos y hay pruebas sustanciales de que es una epidemia en muchos países en vías de desarrollo económico y recientemente industrializados. Las complicaciones diabéticas, como la enfermedad coronaria arterial y la vascular periférica, el derrame cerebral, la neuropatía diabética, las amputaciones, la insuficiencia renal y la ceguera generan un aumento de la discapacidad, una disminución de la esperanza de vida y enormes costos sanitarios para prácticamente todas las sociedades. La diabetes es, sin duda alguna, uno de los problemas sanitarios más desafiantes del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **En México**

En México la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400, 000 casos nuevos anuales (INSP, 2003).

La Diabetes Mellitus es un padecimiento complejo que lleva implícita una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los casos de atención y tasas de hospitalización debido a complicaciones. Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los apoyos psicológicos, nutricional, nula promoción de actividad física y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.

El desarrollo metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección, y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico a tiempo y una pronta incorporación al tratamiento (Secretaría de Salud, 2008).

Por consiguiente, se debe señalar la asociación de altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de la diabetes y la presencia cada vez mayor de

complicaciones micro y macro vasculares por la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos de seguimientos a los pacientes. La escasa utilización de intervenciones eficaces deriva en que hasta el momento no se ha utilizado la evidencia científica disponible en la materia, como base para una mejor atención. La insuficiencia de recursos es otro de los factores que inciden en la magnitud de la diabetes en México y en el cumplimiento de los objetivos de los programas estatales.

El modelo mexicano de evaluación y seguimiento “Camino a la Excelencia”, el cual evalúa el desempeño trimestral de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP), por el análisis de los resultados obtenidos con indicadores que generen datos que nos permitan identificar áreas con problemas y contribuyan a la toma de decisiones por parte de la autoridad sanitaria, sobre bases técnicas y operativas acordes con el contexto regional y estatal; ha demostrado su utilidad para el seguimiento de resultados y la toma de decisiones en el marco del Programa Sectorial. México ha logrado avances moderados en el tamizaje de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, que han incidido en una mayor cobertura de diagnóstico oportuno de la diabetes, respecto a años anteriores (Instituto de diagnóstico y Referencia Epidemiológica, 2007).

Las encuestas nacionales de salud han permitido conocer la magnitud de la diabetes en los distintos grupos de población, sin embargo, se reconoce la necesidad de mejorar estos y otros mecanismos de información y vigilancia epidemiológica para un mejor conocimiento de la misma. A ello también ha contribuido la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua, y el diseño y difusión de normas y guías clínicas para la estandarización de los criterios en la atención de pacientes. De la misma forma, se ha logrado incrementar la cobertura de atención de la diabetes en población mayor de 20 años a través del Sistema de protección Social en Salud, en todos los estados del país (Secretaría de Salud, 2008).

## **Mortalidad**

En 1940, la diabetes no formaba parte de las principales causas de mortalidad en México, al registrar una tasa de 4.2 defunciones por cada 100,000 habitantes. El padecimiento era considerado como una patología de baja frecuencia, ya que sólo afectaba a una de cada cien personas adultas. Su importancia se reflejaba en la población de más de 20 años.

La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, en que empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país. En 1980 y en 1990 las tasas de mortalidad por diabetes se

incrementaron significativamente a 21.8 y 31.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente. En 2000 la tasa aumento a 46.8 y, actualmente, se estima en 62.0 por cada 100,000 habitantes, siendo la tercera y segunda causa de muerte en esos años (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Mortalidad por diabetes en México, 1940-2005**

Año	Tasa*	Lugar dentro de las principales causas
1940	4.2	
1960	7.9	19
1970	16.9	15
1980	21.8	9
1990	31.7	4
2000	46.8	3
2005	63	1
2006 <sup>1</sup>	65.2	2
2007 <sup>2</sup>	62.0	2

\* Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Anuarios de mortalidad/SEED/DGESS/INEGI/1940,1960-2006.

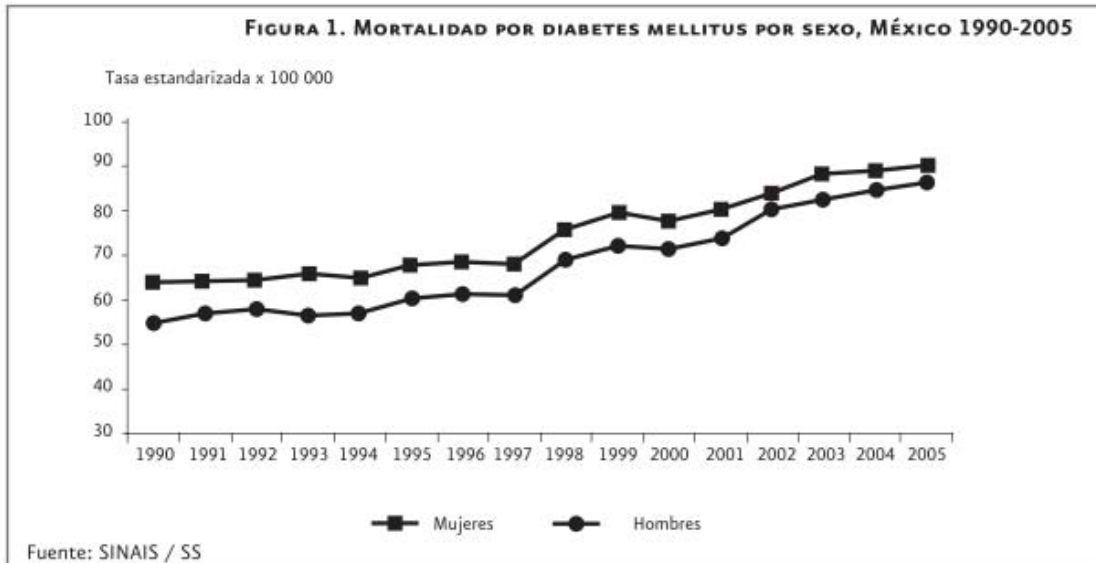
<sup>1</sup>. Criterios de agrupación de acuerdo a la lista mexicana

<sup>2</sup>. Fuente: base de datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones (SEED) 2007.

Información preliminar corte hasta noviembre del 2007.

A partir del año 2000, la Diabetes Mellitus es la primera causa de muerte en mujeres. En los hombres fue la segunda causa de muerte después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado con frecuencia a la diabetes. En 2006, la diabetes representó 13.8% de todas las muertes ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años.

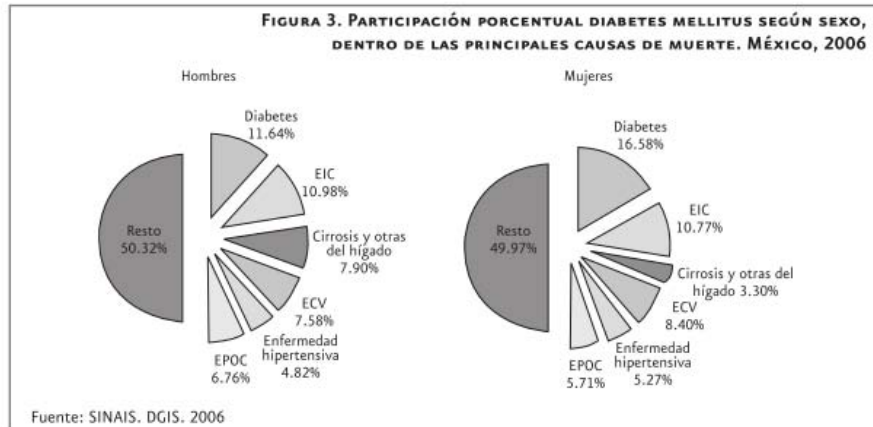
El análisis de las tasas de mortalidad estandarizada muestra una tendencia ascendente entre 2001 y 2005, tal y como se observa en la figura 1, al pasar de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres. La mortalidad por diabetes ha tenido un ritmo de crecimiento de 6% en los últimos siete años, según el Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS, 2012).



En su desagregación por entidad federativa (figura 2), se aprecia un patrón de comportamiento que concentra las tasas más altas en los estados del centro y norte del país, con un rango de tasas que van de 29 a 96 defunciones por cada 100,000 habitantes en 2006. Este mismo patrón de comportamiento se observa en años previos, aunque la magnitud de las tasas es relativamente menor.



En la figura 3 se aprecia la participación porcentual de la diabetes mellitus por sexo en relación al total de defunciones ocurridas en México durante ese mismo año. En su distribución por grupos de edad la diabetes afecta principalmente a los adultos en edad productiva y adultos mayores.

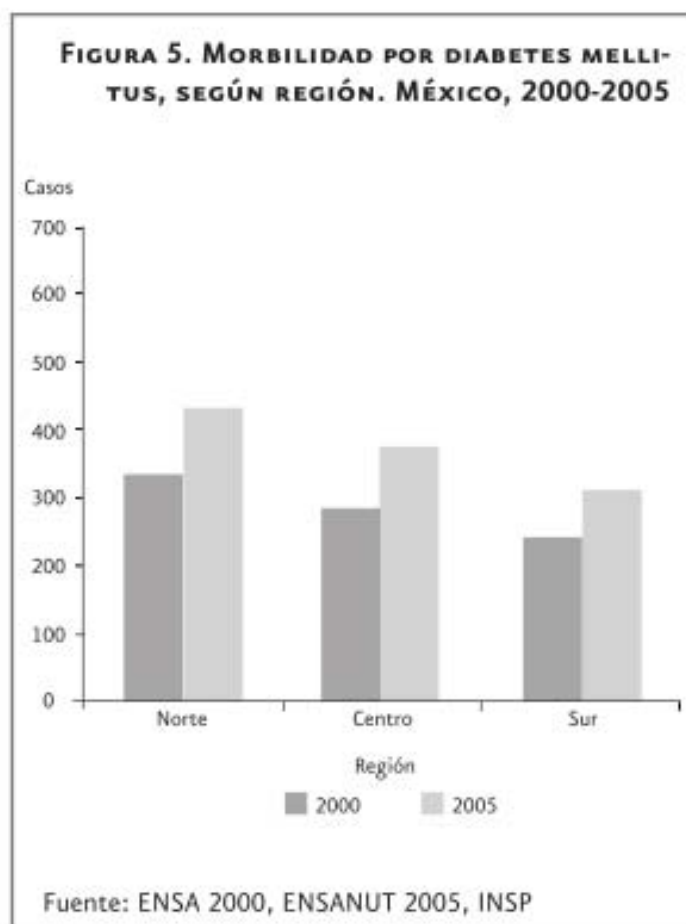


## Morbilidad

En relación a la morbilidad, la Diabetes Mellitus Tipo 2 representa 97% del total de casos nuevos registrados. En general, se reconoce un alza significativa de la incidencia en las últimas décadas. En el periodo 2001-2007 se aprecia un incremento de 28% al pasar de una tasa de 291.0 a 375.0 por 100,000 habitantes, respectivamente. No obstante, en los últimos cuatro años se estima una estabilización de las tasas de incidencia respectivamente, (Figura 4). Según la Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad. 1984-2006. Dirección General de Epidemiología (DGEPI, 2012).



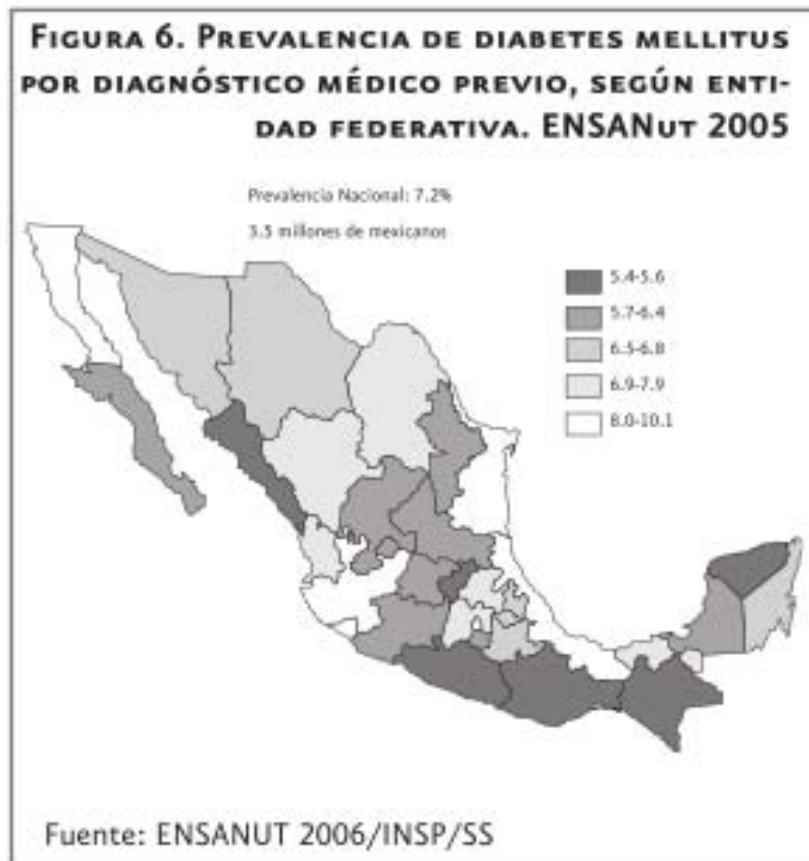
En el año 2006 se reportaron 394,360 casos nuevos, de los cuales un tercio corresponden a población abierta (35%) y más de la mitad a población derechohabiente (51%). Los estados con las tasas más altas fueron Morelos, Coahuila, Durango, Jalisco y Sinaloa, las cifras preliminares indican que se presentaron más de 406,000 casos. Al analizar la información por región geográfica se aprecia un incremento de la incidencia en las distintas regiones del país, en comparación con las cifras registradas en el año 2000, (Figura 5). Según la Secretaria de Salud. Anuarios de morbilidad. 1984-2006. Dirección General de Epidemiología (DGEPI, 2012).



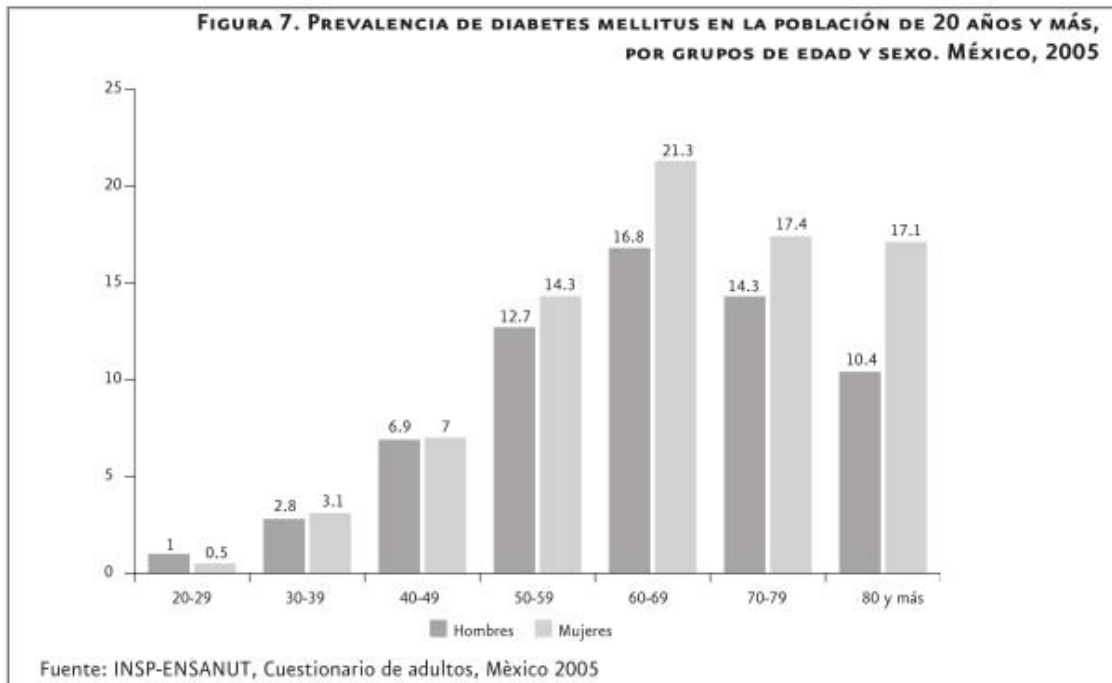
### Prevalencia

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de Diabetes Mellitus para adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%) (Olaiz-Fernández, 2000).

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 9.5%, lo que representa un total de 5.5 millones de personas con diabetes; la figura 6 muestra los resultados de la prevalencia de diabetes con diagnóstico médico previo por entidad federativa, en tanto la figura 7 plasma un claro incremento del riesgo de diabetes conforme aumenta la edad. En la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor (8.1%) que en la población rural (6.5%). La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la ciudad de México (8.1%) (Olaiz-Fernández, 2006).







La prevalencia de diabetes es mayor (11.4%) entre la población con antecedentes familiares (padre o madre o ambos) en comparación con aquellos sin familiares afectados (5.6%). La población con obesidad, según su índice de masa corporal y circunferencia de la cintura, presentó una prevalencia mucho mayor que aquella sin obesidad. La población con enfermedades crónicas concomitantes, ya sea por diagnóstico médico previo o detectadas mediante la encuesta, reveló una mayor prevalencia de Diabetes Mellitus en comparación con la población no afectada, lo que incluye hipertensión arterial (13.7%), hipercolesterolemia (23.3%), microalbuminuria (15.5%) y enfermedad renal (12.3%) (Olaiz-Fernández, 2006).

Uno de cada cinco diabéticos (19.6%) detectados a través de la ENSANUT presentó cifras menores a 8% de hemoglobina glucosilada (HbA1c); 40.0% osciló entre 8 y 12%, y el resto (40.4) registró cifras mayores a 12%, lo que refleja una cobertura de control de 20% en el país, muy por debajo de lo deseado. El análisis de datos por institución permite identificar que la cuarta parte (24.7%) de las personas con diabetes adscritas al Seguro Popular registraron cifras de control adecuadas, en contraste con 18.8% en derechohabientes del IMSS, 18.5% del ISSSTE, 17.8% de población no asegurada y el 17.4% de otras instituciones de seguridad social. Los datos arrojados de esta misma fuente permiten inferir que las personas con diabetes no controlada tienen un riesgo más alto (25-40%) de sufrir amputación de miembros inferiores, con una frecuencia de hospitalización tres veces mayor. Información adicional relevante señala el antecedente de bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal durante la adolescencia, al

igual que una mayor acumulación de grasa en el abdomen. Un alto porcentaje sufre hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico antes de la aparición de la hiperglucemia, (Olaiz-Fernández, 2006).

Sumando lo anterior, la enfermedad consume un porcentaje muy elevado del presupuesto en salud. En 2005, los costos en México fueron equivalentes un tercio del presupuesto para la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (34%); se estima que las erogaciones anuales para la atención de este padecimiento se duplicarán en los siguientes cinco años. De no implementar intervenciones oportunas, la diabetes podría llevar a un colapso económico y saturación de los servicios de salud en el país. En la Secretaría de Salud constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario, solamente superada por motivos de atención asociados a embarazo, accidentes, problemas perinatales e infecciones o procedimientos quirúrgicos comunes. En 2005, la Diabetes Mellitus ocupó el noveno lugar como causa de egreso hospitalario en el Sector Salud, con 130, 223 casos que representaron 3% del total de egresos en las instituciones del Sector Salud. Según la Secretaría de Salud. Egresos hospitalarios (Sistema Nacional de Información en Salud 2005).

De acuerdo a la información obtenida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus Tipo 2, los principales motivos de ingreso asociados a diabetes durante 2006 fueron: las complicaciones crónicas (33%) y afecciones agudas (32%), así como procesos infecciosos (11%) según se describen en el cuadro 2, donde se desglosan los tipos de complicaciones más frecuentes. Conforme a esta misma fuente de información, 78% llega al hospital sin ninguna referencia y el promedio de estancia hospitalaria es de siete días, lo que refleja la ausencia de un sistema adecuado de referencia y contra referencia para la atención oportuna de casos lo que incide necesariamente en los costos de atención. Según la Secretaría de Salud (Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2. DGE-SS 2004-2006).

**Cuadro 2. Motivos de Ingreso Hospitalario. Complicaciones Agudas y Crónicas. 2004-2006**

<b>Aguda</b>	Estado hiperosmolar	11
	Cetoacidosis	8
	Hipoglucemia	7
	Deshidratación	4
<b>Crónica</b>	Necrobiosis	10
	Insuficiencia renal	10
	Crisis hipertensiva	3
	Enfermedad vascular	3
	Cardiopatía isquémica	3
	Neuropatía	1
	Retinopatía	0.4
<b>Infeciosa</b>	Proceso infeccioso no señalado	5
	Infección en vías urinarias	2
	Neumonía	2
	Tuberculosis	0.4
	VIH/SIDA	0.1
<b>Otra</b>	Otra no relacionada	22
	Atención obstétrica	0.6
<b>Sin dato</b>		0.9

En cuanto al pie diabético, se le considera como un problema de salud pública por su trascendencia social y económica en la población afectada. La frecuencia registrada varía de ulceración y amputación en casi todos los países, lo que podría deberse a factores múltiples como diferencias en el criterio diagnóstico, falta de acciones en detección temprana, falta de higiene, pobreza y otros determinantes como el hábito de caminar descalzo, lo que incrementa el riesgo de lesiones en pie.

En países desarrollados, la incidencia de este problema es de alrededor de 2% (ulceración), siendo la causa más común de amputación no traumática; de estas personas, la mitad sufre de amputaciones en extremidades inferiores. En México los egresos hospitalarios por pie diabético se incrementaron 10%, entre 2004 y 2005. Los procedimientos quirúrgicos relacionados con amputaciones por diabetes también aumentaron 4% en el mismo periodo. Según la Secretaría de Salud. Egresos hospitalarios (Sistema Nacional de Información en Salud. 2005).

## **Sintomatología de la Diabetes Mellitus Tipo 2**

Dentro de los costes sociales de la diabetes, estudiada ésta de forma objetiva y cuantificable, se incluyen: las pérdidas de productividad causadas por la incapacidad laboral y por las jubilaciones anticipadas, la mortalidad precoz del paciente, el tiempo empleado por familiares o acompañantes (por ejemplo, el

tiempo de ausencia al trabajo por parte del esposo o esposa de la pareja diabética en periodos de ingreso hospitalario, la estancia varía de acuerdo a cada persona, aunque por lo regular es de seis días, aproximadamente; en el Distrito federal esta cifra es más alta, ya que pueden permanecer hasta nueve días) y el transporte en ambulancia, entre otros. Puede decirse que, en general, estos datos son los menos estudiados debido a la gran dificultad que supone medirlos, tanto en términos de tiempo, como de coste económico. Se estima que los costes sociales superan a los sanitarios. No es de extrañar que la Organización Mundial de la Salud considere la diabetes como la epidemia del siglo XXI.

El término «**diabetes**» significa «discurrir a través», y se acuñó en la antigüedad por Areteo de Capadocia (antes de Cristo), quien sostuvo que a través de la abundante orina el paciente eliminaba su grasa y tejidos y por eso perdía peso. Más tarde, se descubrió el sabor dulce de la orina de estos pacientes, al término de «diabetes» se añadió el calificativo de «mellitus» (dulce como la miel) o el de «sacarínica» (dulce como la sacarina).

La Diabetes Mellitus –nombre científico de esta enfermedad- es un trastorno crónico por el cual las células no pueden metabolizar adecuadamente el azúcar o glucosa que obtiene el organismo al comer. Para que las células metabolicen la glucosa (un azúcar simple en el torrente sanguíneo que proviene del contenido de los alimentos), necesitan una hormona llamada insulina, que les permite aceptarla y transformarla en energía.

La diabetes es una enfermedad del páncreas, una víscera situada en el abdomen, debajo y detrás del estómago y de un tamaño que es diez veces menor que el hígado, que resulta imprescindible para la vida por las importantes funciones metabólicas que realiza, como las que se producen en las células beta (Beta Cell) y liberan insulina, otra función metabólica del páncreas es sintetizar y liberar el glucagón en las células alfa, por mencionar algunas funciones metabólicas del páncreas. Por consiguiente, la diabetes es una enfermedad endócrina y metabólica, a la que se denomina con el anterior calificativo de «mellitus», en función de un síntoma: la eliminación de azúcar por la orina (Polaino-Lorente y Gil, 1990).

En quienes no padecen diabetes, el páncreas, segrega la cantidad adecuada de insulina para satisfacer las necesidades del organismo. En los diabéticos, sin embargo, este proceso falla, y la glucemia (nivel de glucosa en sangre) puede aumentar peligrosamente. Aquellos que tienen una escasa producción de insulina o cuyas células no son sensibles a ella y, por lo tanto, no la aceptan, padecen diabetes de tipo II o no insulino dependiente.

Para comprender por qué la insulina es importante para la diabetes, se necesita saber cómo funciona el metabolismo. Al comer, el cuerpo obtiene energía por tres medios: la glucosa de los hidratos de carbono, los ácidos grasos de las grasas y los aminoácidos de las proteínas. La glucosa es la principal fuente de energética del organismo, mientras que las proteínas ocupan el segundo, y las grasas, las menos eficientes, se utilizan en el último lugar. La glucosa se absorbe rápidamente, circula a través del torrente sanguíneo y se dirige hacia las células para poder entrar en ellas y suministrarles energía.

Cuando la sangre rica en glucosa pasa a través de los riñones, parte de ella se recupera. El exceso de glucosa se elimina por la orina (esta afección se llama glucosuria) y hace que el cuerpo bombee más fluidos a través de los riñones para ayudar a eliminar el azúcar que existe de más en el cuerpo. Esta acción explica porque la diabetes se caracteriza por sed y orina excesiva. El exceso de micción (poliuria) provoca, a su vez, que el cuerpo pierda fluidos esenciales como los electrolitos, minerales disueltos y otros compuestos que necesita el organismo.

La glucosa excedente se almacena en el hígado y en los músculos hasta colmar su capacidad, el resto se almacena en las células grasas. Sin embargo, si no se secreta insulina o se hace en escasa cantidad o si las células no permiten la entrada de azúcar, la glucosa se acumula en sangre y se produce hiperglucemia, un nivel alto de glucosa en la sangre.

El contenido normal de glucosa en sangre es de 60 mg/dl a 140 mg/dl (miligramos de glucosa por decilitro de sangre), dependiendo de cuándo se tomó la última comida. Un nivel de 50 mg/dl es normal cuando se está en ayunas. Pero los niveles inferiores a 45 mg/dl indican normalmente hipoglucemia.

## **Tipos de diabetes**

La insulina es un factor clave en la diabetes y su función es distinta dependiendo del tipo de diabetes que se padezca.

Hay dos grandes grupos: la diabetes tipo I y la diabetes tipo II, además de otros dos tipos más de diabetes, la gestacional y la secundaria, las cuales son menos comunes.

**La diabetes de tipo I.** La diabetes insulino dependiente se denomina en ocasiones diabetes juvenil porque aparece con mayor frecuencia durante la niñez y la adolescencia. Los síntomas son evidentes e incluyen sed y apetito excesivo, micción frecuente y fatiga. Algunas personas presentan también visión borrosa, sensación de náuseas, vómitos, dolor abdominal o respiración rápida y superficial.

**La diabetes de tipo II.** Aproximadamente el 90% de las personas con diabetes padece esta variedad de la enfermedad. En ocasiones también se la denomina diabetes de la edad adulta o diabetes de comienzo tardío, ya que normalmente aparece en personas mayores de 40 años, aunque también se puede desarrollar en menores de 25.

**Diabetes gestacional.** Se presenta normalmente sin síntomas, por lo que todas las mujeres embarazadas deben ser sometidas a pruebas, para detectar si la padecen, entre las veinticuatro y las veintiocho semanas del embarazo y quizá sería recomendable desde antes de estas semanas mencionadas, para tener un mejor pronóstico si llegara a padecerse durante el embarazo. En esta fase la placenta libera hormonas que afectan a la producción de insulina. Las mujeres que no pueden producir esta sustancia en cantidad suficiente para mantener un nivel normal de glucosa en sangre desarrollarán diabetes gestacional. Aun cuando puede ser peligrosa tanto para el feto como para la madre, esta enfermedad se puede controlar gracias a una dieta estricta y desaparece.

**Diabetes secundaria.** Se desarrolla a partir de la aparición de otra enfermedad o de algún tratamiento con fármacos o productos químicos. Por lo general se debe a enfermedades que afectan al páncreas y a otros órganos vitales.

Por ejemplo, la pancreatitis crónica relacionada con el alcoholismo es una causa común de diabetes secundaria, así como las obstrucciones de los conductos del páncreas, que, como se sabe, es el órgano encargado de producir insulina, la hormona encargada de metabolizar la glucosa. Cuando se obstruyen estos conductos, puede producirse quistes, inflamación o trombosis, lo cual dificulta las funciones de este órgano (Azcona, s. f.).

## **La Diabetes Mellitus Tipo 2**

Generalmente aparece en adultos mayores a los 40 años, obesos, y rara vez requiere de insulina para su control. En México y muchos países del mundo, esta enfermedad ha alcanzado proporciones de epidemia. En la actualidad una de cada cinco personas mayores de 40 años tiene diabetes. La mayoría de la gente tiene al menos un familiar afectado por la enfermedad. Entre las personas diabéticas, cerca de la mitad no lo saben, pues se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, cuando no hay todavía síntomas. El costo de la enfermedad, considerado tanto por los recursos que invierte la sociedad en su tratamiento, como por el sufrimiento, incapacidad y la disminución de la esperanza de vida que sufren los afectados tiene una magnitud mayúscula.

El problema fundamental de la diabetes es la deficiencia absoluta o relativa de insulina, que afecta la utilización y el metabolismo de la glucosa, o sea la fuente de

energía más importante en los mamíferos. La carencia de insulina también afecta la utilización adecuada de las grasas y las proteínas lo que significa que las alteraciones metabólicas son profundas (Malacara, 2003).

En la tabla 2 se resumen algunos factores clasificados según su relación con la aparición de diabetes (OMS, 2012).

**Tabla 2. Factores relacionados con la incidencia de diabetes**

Factores relacionados con el aumento de riesgo de desarrollar diabetes	Factores relacionados con la disminución de riesgo de desarrollar diabetes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad</li> <li>▪ Etnia (raza negra, asiáticos, hispanos)</li> <li>▪ Antecedentes familiares</li> <li>▪ Obesidad (sobre todo abdominal)</li> <li>▪ Alto consumo de carnes rojas y grasas</li> <li>▪ Sedentarismo</li> <li>▪ Síndrome del ovario poliquístico</li> <li>▪ Tabaco</li> <li>▪ Fármacos (antipsicóticos, betabloqueadores, + diuréticos, glucocorticoides, anticonceptivos orales, tacrolimus, ciclosporina, ácido nicotínico, antirretrovirales inhibidores de la proteasa, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactancia materna</li> <li>▪ Dieta rica en fibras y baja en grasas saturadas</li> <li>▪ Consumo de nueces (<math>\geq 5</math> unidades/semana)</li> <li>▪ Consumo de té verde</li> <li>▪ Consumo moderado de alcohol (5-30 g/día)</li> <li>▪ Actividad física moderada</li> </ul>

## Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2

Criterios de diagnóstico

La Asociación de Diabetes Americana (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen los criterios diagnósticos que se recogen en la Tabla 3.

**Tabla 3. Criterios diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2**

1. Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar (a cualquier hora del día)  $\geq 200$  mg/dl.
2. Dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso  $\geq 126$  mg/dl. Ausencia de ingesta calórica en las 8 horas previas.
3. Dos determinaciones de glucemia en plasma venoso  $\geq 200$  mg/dl a las 2 horas del test de tolerancia oral a la glucosa con 75 g (TTOG).

## **Métodos diagnósticos**

### ***Glucemia basal en plasma venoso (GBP)***

Es el método recomendado para el diagnóstico de diabetes y la realización de estudios poblacionales. Es un test preciso, de bajo costo, reproducible y de fácil aplicación. La medición de glucosa medida en sangre total en situación de ayuno o basal. En los estados no basales (postprandiales), ambas determinaciones son prácticamente iguales.

### ***Test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG)***

Consiste en la determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75g de glucosa en los adultos. La prueba es poco reproducible (por la dificultad del cumplimiento en la preparación), más costosa e incómoda.

## **Complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2**

En prácticamente todos los países de ingresos altos, la diabetes está clasificada entre las causas principales de ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de extremidades inferiores. La diabetes es también hoy día una de las causas principales de muerte, debido en gran parte a un marcado aumento del riesgo de enfermedad coronaria cardíaca y derrame cerebral (enfermedad cardiovascular). La elevación crónica de la glucosa en sangre, incluso cuando no hay síntomas presentes que alerten al individuo sobre la presencia de diabetes, generará tarde o temprano daños en los tejidos, que provocarán enfermedades, a menudo graves. Aunque se encuentran pruebas de lesiones en los tejidos en muchos sistemas orgánicos, son los riñones, los ojos, los nervios periféricos y el árbol vascular los que manifiestan las complicaciones diabéticas más notables, a veces fatales.

El mecanismo por el cual la diabetes genera estas complicaciones es complejo y no se entiende plenamente, pero está implicado el efecto tóxico directo de los altos niveles de glucosa, sumado al impacto de la hipertensión, el nivel anormal de lípidos y los trastornos tanto funcionales como estructurales de los pequeños vasos sanguíneos.

Las principales complicaciones de la diabetes son:

- Enfermedad cardiovascular (ECV)
- Nefropatía
- Neuropatía
- Amputación
- Retinopatía



## **Enfermedad cardiovascular**

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en diabetes y representa en la mayoría de las poblaciones el 50% o más del total de fallecimientos por dicha afección, así como un gran nivel de discapacidad. Los tipos de ECV que acompañan a la diabetes son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), el derrame cerebral, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).

## **Nefropatía**

La diabetes es una causa cada vez más destacada de insuficiencia renal y, de hecho, hoy se ha convertido en los EEUU (United States Renal Data System, 2002), y en otros países en la causa más frecuente de enfermedad renal terminal, es decir, que requiere ya sea diálisis o trasplante de riñón.

## **Neuropatía**

Cuando la glucemia y la tensión arterial no se controlan, la diabetes puede lesionar los nervios. El resultado podría ser problemas digestivos y urinarios, impotencia sexual y trastornos de muchas otras funciones, pero el área que se ve más frecuente afectada son los pies y las piernas. Las lesiones nerviosas en estas áreas se denominan neuropatía periférica y podría manifestarse de muchas maneras, como la pérdida de sensación en los pies y los dedos. La pérdida de sensibilidad supone un importante riesgo, ya que puede hacer que las lesiones del pie pasen inadvertidas y no se traten, generando graves infecciones que acaban en amputación.

## **Amputación**

A través de sus efectos sobre los nervios y las arterias periféricas, la diabetes puede generar ulceración del pie, infección y necesidad de amputación, las personas con diabetes corren un riesgo de amputación que podría llegar a ser 25 veces superior que el observado en personas sin diabetes (Davis TM, 1997).

## **Retinopatía**

La diabetes tiene distintas vías de dañar la vista y causar ceguera. La causa más frecuente de ceguera en diabetes es el edema macular, ya que en esta enfermedad se producen alteraciones en los pequeños vasos sanguíneos de la retina que hacen más permeables y dejan escapar agua y otras sustancias que tienden a acumularse de forma preferente en la zona de la mácula, interfiriendo de esta forma con la acción de las células fotorreceptoras (sensibles a la luz) que son

las encargadas de transformar la luz en impulsos eléctricos que a través del nervio óptico son transportados al cerebro. Otra complicación, más frecuente, es la retinopatía de fondo y la proliferativa, que puede causar ceguera como resultado de hemorragias repetidas en el fondo del ojo. La diabetes también aumenta el riesgo de cataratas y glaucoma.

## **Patología de la Diabetes Mellitus Tipo 2**

La insulina es secretada por las células beta de los islotes de Langerhans. Paul Langerhans (1868) describió unas pequeñas células, no enteramente homogéneas con un núcleo redondo sin nucléolos y generalmente agrupadas. Los islotes tienen un tamaño entre 75-225  $\mu\text{m}$  de diámetro y están dispersados en el páncreas exocrino. Un páncreas humano contiene alrededor de un millón de estos acúmulos celulares que suponen un 1-2% de toda la masa pancreática.

Para que la glucosa pueda entrar en las células son necesarias dos condiciones:

- Que las células dispongan de suficiente cantidad de receptores para la entrada de la glucosa
- Que haya suficiente cantidad de una hormona denominada insulina, que al acoplarse a los receptores posibilita la transición de glucosa de la sangre a las células.

Cuando se dan las dos condiciones las células pueden producir energía con normalidad, utilizando o «metabolizando» la glucosa.

Conforme han ido transcurriendo los años han ido descubriendo nuevas células en los islotes y hoy se les considera como una verdadera glándula endocrina que segrega varias hormonas. Se trata de un mosaico celular que segrega insulina, glucagón, polipéptido, somatoestatina, pancreatina, entre otras.

La sangre llega al páncreas procedente de las arterias celiaca y mesentérica anterior y vierte a la vena porta. Los islotes están muy vascularizados con varias arteriolas aferentes que se transforman en una red capilar. El endotelio, capilar es fenestrado y en muchos casos existe una lámina basal doble. Tanto los metabolitos, los segretagogos y las hormonas tienen que cruzar estas membranas basales. El flujo de sangre transcurre desde el corazón del islote a la periferia y por lo tanto las células productoras de glucagón y somatoestatina que están en la periferia, son perfundidas por sangre que contiene concentraciones elevadas de insulina. Las relaciones entre las diversas células productoras de distintas hormonas son conocidas y hoy consideramos a los islotes como una unidad funcional.

Los islotes reciben una abundante inervación que siguen a las arteriolas penetrando profundamente en el mismo. Se han identificado en el islote una serie de nuevos péptidos como galanina, colescistoquinina, péptido intestinal vasoactivo, entre otros. Todos estos péptidos se les consideran como moduladores de la secreción de la insulina.

El hecho fundamental que determina la tasa de secreción de insulina son los niveles circulantes de glucosa. Las hormonas y los neurotransmisores modulan la secreción provocada por la glucosa. Esta respuesta a concentraciones crecientes de glucosa en sangre es inmediata. La célula beta se comporta como un glucostato, al elevarse la glucosa en sangre aumenta la secreción.

La importancia de la insulina estriba en que es la única hormona capaz de reducir la concentración de glucosa en sangre. Por esta razón, una deficiencia en su secreción o en su acción provoca alteraciones metabólicas graves como es el caso de la Diabetes Mellitus no compensada.

Los tejidos *diana*, se denomina así a la parte del cuerpo en la que una sustancia química origina efectos adversos se denomina *tejido diana*. Pero un “tejido” diana puede ser, en realidad, un órgano íntegro, un tejido, una célula o tan solo un componente subcelular. Las mutaciones, por ejemplo, son efectos subcelulares en los que algunas sustancias químicas tóxicas alteran el material genético (Macarulla & Goñi, 1994). Los principales tejidos *diana* son el tejido adiposo, el músculo y el hígado. En todos ellos la insulina juega un papel anabólico consistente en promover la síntesis de carbohidratos, grasa y proteínas reduciendo al mismo tiempo su degradación.

La Diabetes Mellitus es un síndrome clínico caracterizado por la elevación de la glucosa. Cuando la glucosa en sangre es superior a 180 mg% aparece también glucosa en orina. Este síndrome incluye dos diferentes enfermedades, la diabetes tipo 1 de comienzo juvenil y dependencia de insulina y la diabetes tipo 2 de comienzo en el adulto y no dependiente de insulina.

Estas dos enfermedades difieren en su incidencia, en su base genética y en su patología. Las dos tienen un déficit absoluto o relativo de insulina pero en el Tipo 1 hay una pérdida de las células  $\beta$  mientras que el Tipo 2 existen las células  $\beta$  pero responden de una forma defectuosa hasta que finalizan claudicando, es como si en el Tipo 2 la eficacia de la insulina endógena estuviese alterada (resistencia a la insulina).

Las dos enfermedades producen a largo plazo complicaciones que incluyen alteraciones macro y microvasculares, retinopatía, neuropatía y nefropatía.

Tienen ambas una base genética y aunque se ha realizado una búsqueda intensa, los genes envueltos en ambas patologías no han sido identificados. Es como si los genes defectuosos produjesen una mayor susceptibilidad pero no la seguridad de padecer la enfermedad. Los factores ambientales como el estilo de vida, la obesidad, determinadas infecciones virales, entre otros, desencadenan la enfermedad.

Hay evidencia de que la diabetes Tipo 2 es una enfermedad con base genética pero el gen o genes involucrados son desconocidos. No hay asociación con los tipos de Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA) específicos. Como la causa fundamental es una alteración en la secreción de insulina, los genes candidatos se suponen que están relacionados con la captación y metabolismo de la glucosa en la célula  $\beta$ .

Por otra parte el metabolismo de la glucosa implica a otros órganos como el hígado, el músculo y el tejido adiposo. En el hígado se produce una resistencia a la acción de la insulina que da como resultado un aumento de la producción hepática de glucosa. En el músculo y en el tejido adiposo se produce una disminución en la utilización de la glucosa (Goberna, 1995).

Todas las personas, aunque no tengan diabetes, necesitan insulina durante las 24 horas del día de forma continua y en cantidades variables. Cuando una persona come, necesita más insulina, y cuando realiza actividad física, necesita menos.

En el caso de la diabetes tipo 2, lo que sucede en una primera fase es que disminuye el número de receptores en las células y a pesar de estar presentes la insulina ésta no se puede emplear con eficiencia. La célula recibe menos glucosa de la que debería y el nivel de glucosa en la sangre aumenta.

Cuando se descubrió la insulina se pensó que los problemas de la diabetes habían terminado. Pronto la realidad mostró que las complicaciones de la diabetes continuaban existiendo. La expectativa de vida de los pacientes diabéticos es actualmente alrededor del 75% de la población normal. Esta reducción de la expectativa de vida va disminuyendo paulatinamente conforme aumentamos nuestras capacidades de diagnóstico precoz y control metabólico.

Los tejidos más afectados en la diabetes, (la retina, el riñón y los nervios) son aquellos que son libremente permeables a la glucosa. Los incrementos en la glucosa sanguínea incrementa la acumulación intracelular en estos tejidos tanto de la glucosa como los productos de su metabolismo. El metabolismo propuesto para comprender la relación entre la hiperglucemia y las lesiones vasculares y neurológicas incluyen la acumulación de polioles por la vía de la aldosa-reductasa por una parte y el depósito de productos de la glucosilación por otra.

Cuando la persona diabética comienza a padecer los estragos de la enfermedad principalmente en riñones, sistema nervioso y en retina, es cuando ve mermada su condición física e implica situaciones de estrés en su vida social y familiar.

### **Impacto psicológico**

El estrés psicológico que sufre un paciente con diabetes mellitus deriva de las demandas del tratamiento y de la perspectiva que le da un pronóstico sombrío. La negación de la enfermedad aparece como un mecanismo adaptativo que impide la adherencia al tratamiento, y en contraparte el apoyo social favorece una mejor adherencia. El impacto de ambos factores debe ser evaluado en la atención del paciente. El estrés percibido depende además de sus condiciones sociales y de su propia capacidad de afrontamiento. El estrés psicológico tiene un efecto claro sobre la evolución de la diabetes, de manera directa sobre el control glucémico e indirectamente favoreciendo la obesidad central. El paciente diabético sufre además el efecto del estrés metabólico, dado por la hiperglucemia, y la acumulación de productos finales de glucosilación avanzada (AGES) y especies reactivas de oxígeno (ROS) entre otros fenómenos adversos. La interacción del estrés psicológico y el estrés metabólico es compleja, despertando mecanismos de defensa endocrinos, inmunológicos e inflamatorios. Se han evaluado estas respuestas mediante marcadores, entre los más importantes se usan las proteínas de choque térmico (HSP-60), la interleucinas (IL-12), el factor de necrosis tumoral (TNF- $\alpha$ ) y el cortisol. La evaluación de estos elementos de respuesta al estrés permite apreciar mejor las condiciones del paciente con diabetes.

El estrés que sufre un paciente con Diabetes Mellitus tiene facetas muy variadas e interesantes que deben ser conocidas por el médico. La enfermedad produce evidencias bioquímicas inequívocas de estrés celular y tisular, cuyas consecuencias son devastadoras para la salud a largo plazo. Pero además, las fuentes de estrés clásicas, principalmente de origen emocional también son decisivas para la evolución de la enfermedad, con estos efectos severos para la salud del paciente. En primera instancia debe considerarse la influencia del estrés del paciente sobre el seguimiento del tratamiento.

Por tal motivo, es importante observar la adherencia al tratamiento por parte del paciente a la atención médica, cuya magnitud poco conocemos y a menudo sobreestimamos en la clínica. Se puede definir como la medida en que los pacientes siguen el tratamiento indicado. Se menciona que la falta de adherencia al tratamiento puede ser un signo de frustración. Algunos pacientes relacionan la falta de adherencia a factores económicos (“no me alcanza para los estudios, los medicamentos, la alimentación especial”). Pero, la adherencia se asocia

fuertemente, con otros factores, como el apoyo social que recibe, especialmente de la familia.

La adherencia al tratamiento depende de factores muy variados, como la relación del paciente con su médico, y la confianza que tiene en la medicina convencional, en comparación con las diversas formas de medicina alternativa. Sin embargo, los estudios se han enfocado principalmente a la influencia de los factores cognitivos y emocionales del paciente. Respecto a los primeros, podría suponerse que una cognición deficiente podría ser un obstáculo para seguir un tratamiento cuidadoso. Pero, un estudio en pacientes con diabetes, reportó que la adherencia deficiente se asoció con las distorsiones cognitivas, por mención del estrés que éstas causan. De lo anterior se infiere que el estrés afecta severamente la adherencia al tratamiento. En este proceso interviene la negación de la enfermedad (Bocanegra, Acosta, Bocanegra, Flores, 2008).

El concepto de *negación* fue introducido por Freud como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintivos y la realidad externa (Freud, 1961). El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otras causas. Puede negar abiertamente la enfermedad diciendo que se trató de un error de diagnóstico o bien negar la severidad de la enfermedad diciendo que “no es de las malas”.

La negación es un mecanismo para evitar la confrontación directa con el estresor. Es un estilo de afrontamiento que reduce la respuesta al estrés, pero tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimiento, habilidades y disciplinas para enfrentar la enfermedad.

Al inicio de la enfermedad, el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable, con consecuencias potenciales para su calidad de vida y su misma esperanza de vida. Esta situación induce respuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad que tiene diversas manifestaciones.

La profunda alteración del estilo de vida del paciente diabético es otra fuente de estrés, que modifica o incluso puede inducir conflictos en sus relaciones familiares o en el trabajo. Esto es especialmente importante cuando el paciente tiene alteraciones psiquiátricas o emocionales. Este factor puede ser modificado favorablemente mediante el apoyo social dado por la familia, los amigos y por las actitudes de la sociedad.

Se ha enfatizado que el sistema familiar juega un papel relevante en la iniciación de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. Se encontró que el apoyo social

es el principal determinante de la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos. Además el control familiar rígido se asoció con menor adherencia al tratamiento, lo cual implica que quienes adoptan este esquema se adaptan menos al cambio. Esto favorece la negación. Además se encontró que la adherencia a la dieta mejora con el tiempo de evolución de la enfermedad, lo cual ocurre por lo general demasiado tarde, cuando se encuentran las complicaciones en etapa avanzada.

Así mismo los altos niveles de estrés en la vida familiar usualmente debida a relaciones familiares ásperas, condicionan el desarrollo de una pobre adherencia al tratamiento y con ello un deficiente control metabólico.

La influencia del apoyo social sobre los aspectos emocionales y factores involucrados en la adaptación a enfermedades crónicas, es muy importante. Se ha encontrado que el apoyo social insuficiente había sido una de las manifestaciones de estrés psicológico en servidores civiles británicos con enfermedades coronarias. En México también encontramos asociado el estrés percibido y el apoyo social en pacientes diabéticos. La depresión puede ser una consecuencia de esta interacción. Además, los pacientes con diabetes de larga duración mostraron mayores índices de ansiedad.

El estrés no se puede evaluar directamente de manera confiable. En la práctica, se aborda su impacto en grupos de pacientes estimando su percepción del efecto del estrés mediante un instrumento apropiado, por ejemplo la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) de Cohen y cols. La adaptación del paciente a las enfermedades crónicas depende de tres factores psicológicos generales: las situaciones estresantes de la vida cotidiana, la habilidad de afrontamiento y el ambiente social.

La percepción del estrés derivado de una enfermedad depende también de factores económicos. Su percepción del costo puede estar en relación con la disponibilidad de cobertura de servicios médicos.

La respuesta de la glucosa al estrés varía en los pacientes diabéticos, en la mayoría aumenta, aunque en algunos disminuye o no cambia. Varios estudios muestran que la percepción de mayor estrés aumente la hemoglobina glucosilada. Se han expuesto dos explicaciones: la primera es que el estrés trastorna la vida cotidiana en relación con las acciones necesarias para el manejo de la enfermedad; la segunda explicación es que el estrés activa una respuesta psicofisiológica, en la que participan hormonas contraregulatorias, principalmente catecolaminas y cortisol, las cuales dañan el control metabólico (Bocanegra, Acosta, Bocanegra y Flores, 2008).

## CAPÍTULO II

### ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

#### Antecedentes

Hoy en día es inevitable que todo lector asiduo de temas relacionados con la biología o la sociología se encuentre con el término estrés. El concepto se discute todavía de forma más amplia en aquellos campos dedicados al cuidado de la salud y lo encontramos también en economía, política, negocios y educación. A nivel popular, nos vemos inundados con mensajes sobre cómo podemos prevenir, dominar e incluso eliminar el estrés.

El término estrés tal como se utiliza en física, hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado por fuerzas ambientales. Sin embargo, al usarlo en el campo de la biología, el estrés indica un proceso activo de «resistencia»; concepto derivado del fisiólogo francés Claude Bernard (1815-1877) y basado en sus descubrimientos sobre las funciones de almacenamiento de glucosa del hígado y que indica que el cuerpo vivo se ocupa de realizar esfuerzos adaptativos iniciales para el mantenimiento o devolución del equilibrio. El estrés como proceso biológico de defensa ofrece una interesante analogía con el proceso psicológico que más tarde llamaremos «afrontamiento», en el que el individuo se esfuerza por hacer frente al estrés psicológico. El concepto de estado dinámico, señala importantes aspectos de los procesos de estrés que pueden de otro modo perderse, tales como los recursos necesarios para el afrontamiento, su costo, incluye enfermedad y agotamiento y sus beneficios, incluyen un aumento en la competencia y el gozo por el triunfo frente la adversidad.

En la década de los sesenta se fue aceptando progresivamente la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de técnicas terapéuticas y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

#### Hipótesis de afrontamiento

En 1966 Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la



adaptación humana y animal. Por tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos.

Algunos investigadores han mostrado preocupación por la tendencia a extender el concepto de estrés a todas aquellas actividades consideradas normalmente bajo la perspectiva de adaptación. Sin embargo, mucha gente para adaptarse pasa por procesos cognoscitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática, no significando para ellos, necesariamente, estrés. Si vamos a considerar el estrés como un concepto genérico, debemos delimitar su esfera de significado, de otro modo representará todo aquello que se pueda incluir en el concepto de adaptación.

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto. Las definiciones de estímulo incluyen también determinadas condiciones originadas en el interior del individuo. Lazarus y Cohen (1977), hablan de tres tipos de acontecimientos: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas), cambios menores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar, los ajetreos diarios. Los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera de control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo.

Un estímulo es estresante cuando produce una conducta o respuesta fisiológica estresada y una respuesta se considera estresada cuando está producida por una demanda, un daño, una amenaza o una carga. El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El término vulnerabilidad es utilizado ampliamente en el estudio y conceptualización del estrés psicológico y la adaptación humana. Muy a menudo se conceptualiza en términos de la suficiencia de los recursos del individuo. Se podría definir la vulnerabilidad como el «equipo», queriendo decir con ello el conjunto de recursos físicos, psicológicos y sociales de los que éste dispone para hacer frente a las demandas adaptativas del medio (Lazarus & Folkman, 1991).

### **Componentes del afrontamiento**

Encontramos el concepto de afrontamiento en dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas: la primera se deriva de la experimentación tradicional con animales y, la otra de la teoría psicoanalítica del yo. En cuanto a la experimentación con animales se halla muy influido por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para

describir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos. En el modelo animal, se define frecuentemente el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producidas por éstas. En el modelo psicoanalítico de la psicología del yo, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reduce el estrés. La diferencia principal entre la forma de tratar el afrontamiento en este modelo y en el modelo animal radica en el modo de percibir y considerar la relación entre individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognición.

Otra diferencia entre ambos modelos es que la psicología psicoanalítica del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. Por ejemplo, Menninger (1963), Haan (1969) y Vaillant (1977) ofrecen una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del yo; a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, también distribuidas jerárquicamente y, por último, se encontrarían los procesos que Haan llama de fragmentación o fracaso del yo, que Menninger homologa a los niveles regresivos o psicóticos de conducta.

En una de sus primeras formulaciones, Menninger (1963), identifica cinco órdenes o recursos reguladores, clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna que indican. En el punto más alto de esta jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento y entre ellas se incluyen el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar la energía de una forma u otra. Son consideradas como normales o, como mínimo, características idiosincrásicas. Sin embargo, si tales estrategias se utilizan inapropiadamente o de forma extrema, como cuando una persona habla demasiado, ríe con demasiada facilidad, pierde el control de sus actos o parece errante y sin rumbo, entonces pierde su categoría de recursos de afrontamiento y se convierte en síntomas que indican un cierto grado de descontrol y de desequilibrio. Cuanto mayor es la desorganización interna, más primitivo se vuelven los recursos reguladores. Por ejemplo, los recursos de segundo orden incluyen el abandono por disociación (narcolepsia, amnesia, despersonalización), el abandono a impulsos francamente más hostiles (p. e., compulsiones, rituales) y la sustitución del yo o de parte del yo como un objeto de agresión desplazada (restricción y humillación autoimpuesta, autoenvenenamiento o narcotización). Los recursos de tercer orden vienen

representados por conductas explosivas episódicas, o bien energía agresiva, más o menos desorganizadas, entre la que se incluyen las agresiones violentas, las convulsiones y las crisis de pánico. El cuarto orden representa un aumento de la desorganización y el quinto es la desintegración total del yo. En este sistema, los recursos de afrontamiento son aquellos que indican la desorganización y el quebrantamiento mínimo. Cualquier signo que indique descontrol o desequilibrio, por definición de afrontamiento, no sería entonces un recurso de afrontamiento.

Las defensas de Vaillant (1977) vienen organizadas en cuatro niveles que van de forma progresiva desde mecanismos psicóticos (p. e., negación de la realidad externa, distorsión y proyección ilusoria) a través de mecanismo de inmadurez (p. e., fantasía, proyección, hipocondriasis, conducta agresiva pasiva), hasta el nivel más alto, el de los mecanismos maduros (p. e., sublimación, altruismo, supresión, anticipación y buen humor).

Al igual que Menninger (1963) y Vaillant (1977), Haan (1977) utiliza también un sistema jerárquico para clasificar los procesos del yo. Esta autora propone una organización jerárquica tripartita: afrontamiento, defensa y fragmentación e identifica cada nivel por la forma en que queda expresado un proceso genérico subyacente del ego. Por ejemplo, el proceso genérico de simbolización del significado viene expresado como un análisis lógico en el nivel de afrontamiento, una racionalización. La sensibilidad se expresa como empatía en el nivel del afrontamiento, proyección en el de defensa y delirio en el de fragmentación. El criterio mayor que utiliza Haan para definir los procesos en el método de afrontamiento es el de adherencia a la realidad; si una persona distorsiona «intrasujeto» la realidad, tal persona no está afrontando,... la exactitud del individuo es el marco de su afrontamiento, lo que determina si es o no situacionalmente efectiva (Lazarus & Folkman, 1991).

Los modelos psicoanalíticos, como la psicología del yo, han dominado la teoría del afrontamiento así como su estudio. Sin embargo, los objetivos a los que han sido aplicados estos modelo se han limitado por lo general a clasificar a los individuos para poder predecir la forma cómo afrontarán algunos o todos los acontecimientos estresantes con los que pudieran encontrarse. Este modelo psicoanalítico del yo, da como resultado considerar el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo.

Un estilo de afrontamiento difiere de un rasgo, principalmente en grado y, generalmente, representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuos tales como el poderoso o el que carece de poder, el amigable o el hostil, el controlador o el permisivo, o a tipos particulares de situaciones tales como ambiguas o claras, inminentes o alejadas,

temporales o crónicas, evaluativas o no evaluativas. Los rasgos, que hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tienen generalmente un espectro menos amplio. Entre los ejemplos de rasgo que se han identificado con el afrontamiento encontramos las represión-sensibilización (Krohne & Rogner, 1982); mal humor y buen humor (Funkenstein, King & Drolette, 1957), afrontamiento-evitación (Goldstein, 1959, 1973) o control-brusquedad (Miller, 1980).

Los modelos tradicionales de afrontamiento tienden a insistir en los rasgos o estilos; es decir, en estructuras del yo desarrolladas por el propio sujeto que, una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para afrontar de una forma u otra los acontecimientos de la vida. Si la determinación de los rasgos de afrontamiento permitiera predecir lo que realmente hará el individuo para afrontar determinadas situaciones estresantes, la investigación sería algo sencillo puesto que todos los intentos y propósitos de un individuo quedarían determinados por sus rasgos. Si una persona afronta la amenaza mediante la evitación, siempre que se sienta amenazada cabría esperar el recurso a tal estrategia. Sin embargo, la determinación de los rasgos de afrontamiento ha tenido un valor muy modesto para predecir los procesos de afrontamiento reales (Lazarus, 1966). Este procedimiento permitiría conocer lo que el individuo pensaba y hacía en una determinada situación en el momento en que aparecía la amenaza, cosa que no se puede hacer con la simple medición de rasgos. Los pacientes oscilaron desde la evitación, caracterizada por el escaso conocimiento y el deseo de no aumentarlo, hasta el afrontamiento vigilante, en el que el sujeto disponía ya de mucha información y recibía con agrado cualquier dato que pudiera aumentarla (Cohen & Lazarus, 1973).

Al afrontar una enfermedad, el paciente tiene que resolver las fuentes generadoras de estrés, entre las que se halla el dolor y la incapacitación, el entorno hospitalario y las demandas que provienen del personal sanitario y de los tratamientos a los que se ve sometido. Al mismo tiempo, el paciente debe conservar un equilibrio emocional positivo, una autoimagen satisfactoria y una buena relación con familiares y amigos. Esta múltiple labor requiere de todo un conjunto de estrategias de afrontamiento cuya complejidad no puede ser captada por una medición unidimensional. El que la mayoría de las personas se enfrentan con las demandas de la vida diaria de forma que éstas no excedan o desborden sus recursos, es una muestra de que la mayoría de las conductas de afrontamiento se convierten en automáticas una vez que son aprendidas.

## Definición de afrontamiento

Por lo tanto, definimos el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1991).

Analizando esta definición mencionaremos lo siguiente:

En primer lugar, se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, lo cual se refleja en las palabras *constantemente cambiante* y demandas *específicas* y conflictos.

En segundo lugar, esta definición implica una *diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automática*, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. En efecto, esto limita el afrontamiento a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización y excluyen a las conductas y pensamiento automatizados que no requieren esfuerzo.

En tercer lugar, el problema de *confundir el afrontamiento con el resultado obtenido* queda solventado al definir el afrontamiento como los *esfuerzos* para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga.

En cuarto lugar, podemos decir que al utilizar la palabra *manejar*, evitamos también equiparar el afrontamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

Así mismo se distinguen tres tipos de afrontamiento (Secretaría de Salud, 2008):

- a) Dirigido a la resolución del problema, donde se trata de manipular al problema o alterarlo en el entorno causante de perturbación, dentro de este afrontamiento se encuentra:
  - El enfrentamiento-autocontrol en el cual se piensa en un plan de acción para resolver el problema, por ejemplo: “trato de analizar el problema para entenderlo mejor, hago un plan de acción y lo sigo”.
- b) Dirigido a la regulación emocional, donde se encuentran presentes las siguientes categorías:

- Evitación-escape cognoscitivo, en la cual se encuentra presente un pensamiento desiderativo, por ejemplo, “desearía que la situación dejara de existir”.
  - Evitación-escape conductual, la cual se enfoca a la resolución de la tensión, por ejemplo, hacer ejercicio, sentirse mejor bebiendo, comiendo, fumando, usando drogas.
  - Distanciamiento, el cual indica un alejamiento del problema durante el cual no se hace nada ni para la resolución del problema, ni para regular el estado emocional, por ejemplo, esperar a ver qué pasa antes de hacer algo.
  - Reevaluación positiva, donde existe una búsqueda de lo positivo del problema, por ejemplo, encontrar el lado positivo al asunto para tener una mejora.
  - Autoaislamiento, el cual indica el mantenerse alejado de la gente en general.
- c) Mixto, este enfrentamiento se orienta tanto a la regulación emocional como a la resolución del problema:
- Apoyo social, por ejemplo, hablar con alguien para saber más de la situación, aceptar la simpatía y comprensión de alguien.

Folkman y Lazarus (1980), indican que tanto el enfrentamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción se influyen entre sí y pueden inferirse. Mencionan que para evaluar el afrontamiento como un proceso, se deben de cumplir tres condiciones:

1. El afrontamiento debe ser examinado dentro de un contexto de un evento estresante específico.
2. Que la persona indique lo que hace (como contraste a lo que la persona usualmente haría, lo cual corresponde a la aproximación del afrontamiento como rasgo).
3. Debe haber múltiples evaluaciones durante el encuentro, en función de examinar los cambios en el afrontamiento a través del tiempo.

Se ha encontrado que los cambios comportamentales ocurridos como adaptaciones o respuestas de afrontamiento al estrés, influyen de manera directa a la salud comprometida. Por ejemplo, personas bajo situaciones de alto estrés tienden a desarrollar prácticas pobres de salud como fumar más beber más alcohol, comer poco y dormir menos, afectando la respuesta inmunológica. Por el contrario, los individuos que aprenden estrategias cognoscitivas y conductuales, que operan como moduladores y/o amortiguadores del estrés, tienen efectos positivos sobre sus estados de salud, ya que mejoran el curso y el pronóstico de las enfermedades. Estas técnicas de afrontamiento incluyen adiestramiento en la

relajación, en resolución de problemas, en habilidades sociales, en búsqueda de redes de apoyo social, en un aumento en el cuidado personal y otras como la reestructuración cognitiva y cambio en la atribución.

Dentro de la psicología cognoscitiva y centrándonos en el ser humano, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento.

1. Como un estilo cognoscitivo consistente de aproximaciones a los problemas, entendiendo estilo cognoscitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognoscitivos. Se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento.
2. Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otras con aquéllas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno, es por ello que el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas.

### **Afrontamiento en padecimientos crónicos**

El paciente diabético afronta un padecimiento crónico, cuyo tratamiento requiere de tiempo, dedicación y paciencia. Fundamentalmente el paciente deberá aceptar que su padecimiento no tiene curación y comprender la necesidad de un control óptimo y que tratándose de una enfermedad crónica, el paciente necesita de muchas herramientas para el mantenimiento de su salud, es indispensable la información práctica y entendible acerca de su padecimiento, posteriormente esta información deberá ser ampliada para que de forma paulatina y progresiva aprenda el manejo de su enfermedad y así contribuir a su adecuado control. Además se le debe informar que el buen control de la diabetes se basa en la integración de un equipo interdisciplinario donde el actor más importante es el paciente. En la relación médico-paciente es indispensable la disposición y colaboración activa del paciente para favorecer su tratamiento y control. Si el paciente ofrece resistencia a asumir ese rol será necesario implementar diversas formas de atención que lo complementen, con el fin de aumentar su confianza, se

le debe permitir la expresión de dudas, apoyarlo en las actividades de autocontrol para lograr que cada paciente se sienta capaz de cuidarse a sí mismo, los objetivos del tratamiento son:

- Mantener asintomático al paciente.
- Corregir los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.
- Normalizar la glucemia en forma permanente.
- Evitar o retrasar las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.
- Disfrutar de una sensación subjetiva de bienestar.

Por lo anterior se considera que el estudio de los estilos de afrontamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 puede ayudar, no solo, a conocer más la forma en que las personas enfrentan a la enfermedad sino que además, puede ofrecer alternativas de tratamiento y en el mejor de los casos prevención de la enfermedad a través de fomentar las conductas de afrontamiento positivo.

Dentro de las dificultades que se presentan en la aceptación del diagnóstico podemos mencionar que es una enfermedad cuya aparición resulta incomprensible para muchas personas y difícil de aceptar. Los primeros objetivos de la atención psicológica son, por lo tanto, ayudar a afrontar el diagnóstico. Así mismo el paciente se encuentra con que su vida debe cambiar bruscamente en numerosos aspectos, de modo que ciertas rutinas, a las que nadie prestaría atención, se han de convertir en motivos de supervisión y vigilancia constante. El paciente diabético debe aprender sin error un sistema de tratamiento en el que sus principales componentes (como la administración de insulina, dieta y ejercicio) no serán estacionarios, sino que estarán sometidos a su propio control y consideración en un importante grado.

Además de seguir las indicaciones médicas, se requiere una serie de cambios en los hábitos, en el estilo de vida, en los pensamientos y en las habilidades de la persona con diabetes para llevar de mejor manera el tratamiento y obtener como resultado una mejor calidad de vida. Eso es Adherencia Terapéutica.

La falta de Adherencia Terapéutica genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social:

- En lo personal, la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables.
- En lo familiar, provoca crisis y problemas entre sus integrantes.
- En lo social, implica enormes costos para las instituciones de Salud.



Los factores que impactan en la Adherencia Terapéutica se pueden dividir en tres grupos: los relacionados con el paciente; los propios de la enfermedad y los generados por el equipo de salud.

Factores relacionados en contra del paciente:

- Poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento.
- Ideas equivocadas relacionadas con la enfermedad o su tratamiento.
- Actitudes negativas o molestas del paciente, o sus familiares, hacia el tratamiento.
- Falta de habilidades, destrezas o práctica para involucrarse en su tratamiento.
- Falta de apoyo familiar
- Problemas emocionales o de personalidad como: tristeza, angustia, enojo, apatía, entre otros.

Factores relacionados con la enfermedad:

- Estados emocionales (enojo, depresión o angustia) inducidos por la diabetes.
- Malestares físicos por los efectos secundarios de los medicamentos.
- El paciente siente el tratamiento como muy demandante y complicado.

Factores relacionados con el equipo de salud:

- Excesiva carga de trabajo para médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros.
- Falta de recursos como: medicamentos, análisis de laboratorio, entre otros.
- Ideas equivocadas o desconocimiento acerca de lo que es Adherencia Terapéutica.
- Actitudes negativas del personal que atiende al paciente.

Es por estos factores de la importancia de una Adherencia Terapéutica del paciente al tratamiento, ya que los estilos de afrontamiento como lo señalan Folkman y Lazarus (1980), son los recursos de enfrentamiento con los que cuenta la persona, así como los recursos de su entorno social, indican que estos recursos personales incluyen: salud, energía, moralidad, resolución de problemas y sistemas de creencias.

Por su parte los recursos medioambientales incluyen: tanto recursos materiales como el apoyo social. Posteriormente Lazarus (1984, 1990, 1991a, 1991b), agrega como recursos de enfrentamiento las habilidades sociales del individuo. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar en forma socialmente adecuada y efectiva.

## CAPÍTULO III

### DIABETES Y SU AFRONTAMIENTO

El continente americano continúa mostrando una transición epidemiológica iniciada hace algunas décadas, las tasas de morbilidad y mortalidad reflejan un aumento en la incidencia de padecimientos no transmisibles y un relativo decremento de los transmisibles. El aumento de enfermedades no-transmisibles es la causa del 60% de las muertes en el mundo (World Health Organization, 2003). La Organización Mundial de la Salud ha establecido el impacto de las enfermedades a través del índice *DALY (Disability-Adjusted Life Years)* que se refiere a la pérdida de la calidad de vida así como a la pérdida de años de vida. Así, un DALY es equivalente a un año perdido de vida saludable. La hipertensión y la Diabetes Mellitus ocupan los primeros lugares en años DALYs perdidos por enfermedades no transmisibles en los países americanos con una relativa baja de la mortalidad, entre los cuales se encuentra México (World Health Organization, 2003). En México, la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón, los accidentes vasculares, junto con la Diabetes Mellitus, han sido las principales causas de muerte en los últimos diez años (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, 2005). Este cambio en el perfil epidemiológico de los países en desarrollo, el envejecimiento progresivo de la población y el aumento en la incidencia de las enfermedades no transmisibles generan, además, un incremento importante en la demanda de los servicios de salud (Escobar, Petrásovits, Peruga, Silva, Vives y Robles, 2000). Desde el punto de vista psicosocial, los padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan a la población de dos formas principales: deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios y, por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia, entre otros (Escobar, 2000).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud alertan sobre la necesidad de intensificar las estrategias para la detección, control, tratamiento y prevención de la hipertensión y diabetes en México, ya que ambos padecimientos se vinculan funcionalmente y presentan una alta comorbilidad (Velázquez, 2002), además de baja adherencia terapéutica. Además, se calcula que entre el 30 y el 60% de los enfermos desconocen su enfermedad ya sea por sus características relativamente asintomáticas o porque sus signos y síntomas no se identifican como graves (Harris, Klein, Welborn y Knudman, 2003). Puesto que la calidad de vida y la adherencia terapéutica difícilmente se pueden mejorar si se ignoran sus componentes, un objetivo básico en estudios de este tipo ha consistido en analizarlos, examinando su contribución relativa al bienestar del paciente. Se busca que este conocimiento permita diseñar y, en su caso, instrumentar

intervenciones que restauren o mejoren la calidad de vida (Flanagan, 1978; Sánchez-Sosa, 1998) y la adherencia terapéutica de la población (Sabaté, 2003; Sánchez-Sosa, 2002b). Para someter a prueba la eficacia de intervenciones se requiere sistemas de registro y observación adecuados, sensibles, válidos y confiables desde la óptica del comportamiento.

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. Su sólo diagnóstico implica la pérdida del estado de salud, además de la puesta en marcha de cuidados y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica. Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Kenneth, Wells y Lewis, 1996); se ha informado además mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol (Hume, 1989; Ogihara, 1992; Osterhaus, Townsend, Grandek y Ware, 1994; Robbins, Elias, Croog y Colton, 1994). Además de esos síntomas se presentan otros ocasionados por el propio tratamiento farmacológico como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja energía o efectos sedantes, náuseas, flatulencias y bronco espasmos, entre otros (Klapan, 2002). En el caso de los diabéticos se han documentado mayores niveles de depresión (hasta seis veces más alta que en el resto de la población), ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001).

En virtud de que un ingrediente medular de dicho deterioro lo constituye el comportamiento humano, el tratamiento psicológico de las áreas afectadas por el proceso de enfermedad deberá permitir al paciente la restauración y/o mejora de su adherencia terapéutica, bienestar y calidad de vida. (Knight y Camic, 1998; Sánchez-Sosa, 2002).

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas. Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar a favorecer su calidad de vida. Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de estas investigaciones pueden tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objetivo común de mejorar la calidad de vida de las personas con este tipo de trastornos. Por su parte, restablecer y mantener el

bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adherencia al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.

Lo anterior reviste especial importancia si se tiene en cuenta que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, como los trastornos cardiacos vasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, entre otras, lo que pone de manifiesto la necesidad de procurar por una mejor calidad de vida de estos pacientes (Álvarez, 2001). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2006), en 2002 se atribuyeron 29 millones de defunciones a este tipo de enfermedades, lo que permite proyectar al 2015 que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas. Prevenir las enfermedades crónicas ayudaría, además de salvar vidas y aliviar el sufrimiento, a reducir las muertes prematuras, con sus consecuentes efectos sobre las familias, las comunidades y la sociedad en general; ya que su tratamiento representa costos adicionales no sólo para la familia sino también en la asignación de programas y políticas dirigidas a la salud pública de toda la comunidad. A lo anterior se suman los problemas laborales como la tasa de reincorporación de los pacientes al trabajo debido al carácter de las restricciones físicas que representa, lo que afecta al individuo a nivel psicológico, social y económico (Kleinman, 1988).

Los pacientes con enfermedades crónicas experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencias, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros. El dolor crónico constituye el síntoma frecuente en muchas de estas enfermedades; éste es entendido como aquel dolor que se mantiene durante un período mayor a seis meses, y su presencia se asocia con dificultades secundarias entre las que se encuentran cambios en la posición socioeconómica, pérdida del trabajo, inseguridad financiera y relaciones disfuncionales (Gatchel & Turk, 1999; Richardson & Poole, 2001).

Aunque existen características generales de los padecimientos crónicos como los enunciados anteriormente, cada enfermedad crónica posee características que le son propias, y su tratamiento puede ser más o menos desfavorable dependiendo del sistema que se haya visto afectado. El caso de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta unas características que la hacen sumamente adversas; Mok y Tam (2001) señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de

vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza de muerte es constante y el carácter resistivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia (Lubkin, 1998).

En la dimensión psicológica algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro (Christensen & Ehlers, 2002; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre & Lopez-Gómez, 2001), lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes (Gil, 2003).

Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005). En este sentido el tratamiento de hemodiálisis y la enfermedad misma pueden convertirse para el paciente y su familia en una experiencia altamente estresante no sólo por las características inherentes al tratamiento mismo, sino también por las limitaciones que representa, lo cual constituye un evento que ocasiona un importante desajuste adaptativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo (Calvanese, Feldman & Weisinger, 2004). Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud (Cidoncha, 2003).

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno, lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias (Badia & Lizán, 2003). Esta forma de asumir su condición es lo que se ha llamado afrontamiento.

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2001; Pearlin & Schooler, 1978). Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la

manera menos perjudicial (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette & Canella, 1986). En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas (Caballo, 1998).

Dichas definiciones implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales” (p. 164).

El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas (Mok & Tam, 2001; Richardson & Poole, 2001).

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipular o alterar el problema. Los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y los estilos de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Entre las estrategias dirigidas a la emoción se encuentran los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional. Hacen parte de este grupo la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los eventos negativos. Como estrategias dirigidas a la emoción también se encuentran las dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, ya que muchos individuos requieren que ello suceda para encaminar a la acción; las reevaluaciones cognitivas modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, permitiendo atenuar la amenaza al cambiar el significado de la situación. Por último existen en este grupo estrategias que no cambian el significado del acontecimiento como las ya mencionada anteriormente, evitación y atención selectiva, en las cuales el cambio de significado dependerá de lo que se tome en cuenta o de aquello que se desee evitar.

El fenómeno de distorsión de la realidad es un tipo de afrontamiento que se emplea para conservar la esperanza y el optimismo para negar tanto lo ocurrido

como su implicación, como si lo ocurrido no tuviera importancia, estrategia que ha sido relacionada con niveles más altos de inhabilidad y niveles bajos de salud mental y calidad de vida (Wahl, Hanestad, Wiklund & Poum, 1999).

De acuerdo con algunos estudios, el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia que favorece una adecuada adherencia al tratamiento en pacientes hemodializados, y favorece la adaptación positiva del paciente al tratamiento (Khechane & Mwaba, 2004; Kohn, Hay & Legere, 1994).

La estrategia de evitación, por su parte, no constituye un estilo efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; DeGenova, Patton, Jurich y MacDermid, 1994; Mulder, Vroome, Van Griensven, Antoni & Sandford, 1999; Namir, Wolcott, Fauzy & Alumbaugh, 1987; Remor, 2000; Welch & Austin, 2001; Wolf, 1991).

Otra clasificación incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos. Los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con su vida a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos (Carrobles, 2003). Los estilos pasivos, por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Brown & Nicassio, 1987; Brown, Nicassio & Woolston, 1989).

El estilo de afrontamiento optimista se encuentra relacionado con mejor salud mental y favorecen la calidad de vida (Aldwin & Reverson, 1987; Bombardier, D'amico & Jordan, 1990; Felton & Revenson, 1984; Hoffart & Martinsen, 1993; Lindqvist & Sjödn, 1998; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last & Derkx, 2004; Wahl, Hanestad. Wiklund & Poum, 1999). Otros autores sostienen que los estilos más eficaces para afrontar la enfermedad crónica son el optimismo paliativo y el confrontativo (Buelow, 1991; Cronqvist, Klang & Bjorvell, 1997; Downw-Wamboldt, 1991; Wu, Lee, Baig & Wichaikhum, 2001).

Así mismo, la estrategia de reinterpretación positiva, en la cual el individuo reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida (Gunzerath, Connelly, Albert & Knebel, 2001). Por el contrario, se ha encontrado que ciertos estilos de afrontamiento son menos eficientes y que afectan potencialmente la

calidad de vida de las personas, entre los que destacan están las estrategias confrontativa, independiente, evasiva y emotiva (Lindqvist, Carlsson & Sjödn, 2000). Así mismo, la estrategia de catastrofizar se ha relacionado con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente, con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico, lo que afecta de manera considerable la calidad de vida del paciente (Griswold, Evans, Spielman & Fishman, 2005). De igual forma, aquellas estrategias que implican distracción y exigir, se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad (McCracken, Goetsch & Semenchuck, 1998; Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005).

De lo expuesto, se deduce que el afrontamiento puede resultar útil para prevenir el estrés al hacer que la experiencia de la enfermedad crónica (en este caso la Diabetes Mellitus Tipo 2) se valore como menos amenazante o perjudicial. Proporcionando recursos valiosos para el afrontamiento de la situación.

Dado el valor que, en la mayoría de las sociedades y culturas, se otorga a la salud, su pérdida, es decir, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida.

Este carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas de ajuste que plantea y depende de muchos factores: su duración, su forma de aparición (repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa), su intensidad y gravedad (que puede suponer padecimiento de dolor, sentimientos de impotencia, cambios permanentes en el aspecto, pérdida de papeles sociales clave, inseguridad e imprevisibilidad del futuro, hospitalización y separación de familia y amigos, posibilidad de una muerte inesperada, entre otros), y de la interpretación y valoración que la persona hace de la situación. Efectivamente, el tipo de respuestas psicosociales que una persona desarrolla ante la enfermedad está determinado, primero, por el nivel de "gravedad percibida", el cual a su vez está determinado, primero, por el conjunto de creencias sobre la enfermedad de la persona, que constituyen la concreción personal de la "representación social" que de la enfermedad existe dentro del grupo social; y segundo, por el conjunto de síntomas dolorosos y discapacitantes que la acompañen.

El tipo de respuesta más habitual lo constituye la depresión y la ansiedad. La ansiedad no sólo puede aparecer como resultado directo de la apreciación de estrés, sino que en fases posteriores puede aparecer como consecuencia del fallo de la adecuación y eficacia de los ajustes que se han realizado, o de la posibilidad



de recurrencia del acontecimiento, o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión o la pena (Wilson-Barret, 1979).

Dado el valor que, en la mayoría de las sociedades y culturas, se otorga a la salud, su pérdida, es decir, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida.

Por otra parte, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece, sino que tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo. La dinámica de las relaciones personales intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad (y, en su caso, por la hospitalización) de uno de los miembros de la familia, y se producen cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles, por sí mismo, es una fuente de estrés que se suma a la propia situación del enfermo. Cuando la enfermedad es crónica sus características estresantes se potencian, así como su impacto de perturbación social. Las enfermedades largas pueden incluso conducir a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos, o con la resistencia por parte de algunos de los miembros de la familia en participar en el cuidado del enfermo, si éste permanece en la casa.

En suma, la enfermedad implica dos cosas: la experiencia de amenaza y la experiencia de pérdida. La amenaza puede ser compleja porque tiene que ver con los problemas más inmediatos de dolor y de inmovilización, pero también con la pérdida de control de acontecimientos que afectan a nuestra vida. Por lo que se refiere a las pérdidas producidas por la enfermedad, dependen del tipo de enfermedad y del contexto vital en el que se sufre. Se puede perder literalmente una parte del cuerpo, o una función (por ej. El habla), o ambas cosas (el útero y la capacidad reproductora); o ambas, más la parte de la energía física (en el caso del fallo renal, por ejemplo).

La apreciación de una enfermedad como estresante puede ser función de las propias características fisiológicas de los síntomas que presenta como estresor físico; de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones determinan la aparición de la enfermedad misma como estresor psicológico; de la interacción social real vulnerada por la aparición de la enfermedad como estresor social, puesto que determinadas enfermedades tiene consideración social de tales, y otras son estigmatizantes y, en consecuencia, "más estresantes"; de la estructura de los roles que comprende la organización de un sistema social como estresor cultural; y, por último, la enfermedad es función de las normas, valores, creencias y símbolos generales que sobre ella se transmiten de generación en generación como estresor cultural.

La enfermedad, pues, tiene un impacto estresante, produce un desequilibrio en la vida de la persona, cuya respuesta más habitual es conseguir restablecer el equilibrio perdido, adaptarse a la nueva situación.

La disminución de la auto-estima, la aparición de la ansiedad y depresión, el aumento de la sensibilidad al rechazo, y la reducción de los intentos de implicarse en actividades usuales de la vida cotidiana, plantea problemas de afrontamiento importantes, pero comunes en el caso de las enfermedades crónicas.

Por otro lado, la enfermedad crónica (mucho más que la infecciosa) es un fenómeno social. El resultado de las conductas de afrontamiento del paciente depende no sólo de sus esfuerzos y estado psicológico, sino también de la manera en la que los miembros de la familia y amigos reaccionan ante esas conductas de afrontamiento.

Así pues, cuando la *enfermedad es crónica* sus características estresantes se potencian, planteando múltiples demandas de adaptación que son distintas de las que se producen en la enfermedad aguda. Esta última implica una reacción de emergencia en la que se suspenden las rutinas normales y se movilizan todas las energías para afrontar el trauma durante un período de tiempo definido. Por el contrario, la enfermedad crónica, implica la necesidad de adaptación de amplios aspectos del estilo de vida durante un período extenso e indeterminado, en el que dicha enfermedad puede, o bien mantenerse estable o variar en su curso alternando períodos de remisión y exacerbación en el mejor de los casos, o bien seguir un proceso de deterioro y empeoramiento progresivo que conducirá a la muerte, en el peor de ellos.

Las características pueden actuar facilitando o entorpeciendo la adaptación a la enfermedad crónica, la cual debe producirse tanto en la esfera física como en la comportamental, emocional, cognitiva, interpersonal y social (Moos, 1977).

Los ajustes comportamentales se refieren a aspectos restrictivos y prescriptivos de la enfermedad y tratamiento. Los restrictivos incluyen limitaciones en la capacidad física que trastorna el funcionamiento laboral, sexual, familiar y social. Estas limitaciones pueden comprometer la capacidad del paciente para obtener satisfacción de otras áreas de logro y relación. Los aspectos prescriptivos del ajuste comportamental se relacionan con el cumplimiento del tratamiento e incluyen la incorporación, eliminación y modificación de conductas.

Los ajustes cognitivos en la enfermedad crónica incluyen el aprendizaje de nueva información relacionada con la enfermedad y el tratamiento, cambios en los sistemas de creencias del sujeto y en sus actividades, y aprendizaje de destrezas específicas del afrontamiento cognitivo. Estos cambios en las prioridades y valores

que tenía el sujeto son criterios para la adaptación. Las habilidades cognitivas también son útiles para mejorar el ajuste a la enfermedad crónica (reinterpretación de sensaciones dolorosas, ensayos cognitivos para afrontar las consecuencias aversivas para algunos tratamientos como la quimioterapia, entre otros).

Los ajustes emocionales corresponden a respuestas normales ante estresores vitales importantes. Las respuestas de estrés son el reflejo de la amenaza o daño. El aprendizaje de mecanismos de control de respuestas emocionales como ansiedad, depresión, ira, frustración, entre otros, será útil para la adaptación a la enfermedad crónica.

En la esfera física, el mayor o menor dolor e incomodidad causado por la enfermedad crónica precisará del sujeto la utilización de estrategias que sean paliativas a corto plazo y permitan la adaptación, en la medida de lo posible, a esa situación de dolor y estrés a largo plazo.

La calidad de vida de los enfermos crónicos depende en alto grado de que ejecuten conductas de afrontamiento eficaces, es decir, adaptativas. En particular se ha estudiado la eficacia de la “búsqueda de apoyo social” como estrategia de afrontamiento, y su relación con la adaptación a la enfermedad crónica. Cabe indicar que investigadores han resaltado la importancia del mantenimiento de relaciones interpersonales, para el afrontamiento a la enfermedad crónica como facilitadoras de expresiones y sentimiento (Cohen y Lazarus, 1979; Moos, 1977; Mechnic, 1977). Otros estudios consideran que los pacientes que perciben tener apoyo social sufren menos síntomas de enfermedad (Lint, 1979). Por otro lado, los resultados de trabajos sugieren que la necesidad de apoyo social se ve incrementada en situaciones de enfermedad crónica. En el caso especial de los pacientes de cáncer, el apoyo social se convierte en una estrategia útil en la adaptación a la enfermedad y a los cambios corporales que se haya podido sufrir, con la paradoja de que en muchos casos la no utilización de estrategias personales de adaptación genera un aislamiento de sí mismo que a veces incluso el entorno social refuerza.

Mientras tanto, los hallazgos encontrados en el estudio DAWN (*Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2014*; Actitudes, necesidades y deseos de la diabetes) proporcionó una gran cantidad de información que está siendo utilizada para fines educativos y de formación en todo el mundo. Se confirmó la importancia de los siguientes factores para mejorar la salud y calidad de vida para las personas con diabetes:

- Mejorar la comunicación entre las personas con diabetes y los profesionales sanitarios

- Promover el cuidado de la diabetes en equipo
- Promover la auto-gestión activa
- Superar barreras emocionales con una terapia eficaz
- Permitir una mejor atención psicológica para las personas con diabetes

Nos indica que las personas con diabetes que se separan de una comunidad de apoyo no sólo no controlan su afección de modo ineficaz, sino que también se sienten peor consigo mismos. El apoyo de la familia, los colegas o los amigos parece ser, como mínimo, tan importante como la medicación en relación con la capacidad de una persona con diabetes de controlar su afección.

Al igual que sucede con muchas otras afecciones médicas crónicas, la diabetes requiere una mezcla de atención médica por parte de un equipo profesional y control por parte de la persona con diabetes, que debe cuidar atentamente la dieta, mantener un horario riguroso de automedicación, realizarse análisis frecuentemente de glucosa en sangre, seguir un régimen de ejercicios y asistir periódicamente a una clínica de atención a pacientes con diabetes. No es sorprendente que las personas con diabetes necesiten apoyo para ayudarles a cumplir dichas exigencias.

El estudio DAWN es el mayor estudio global sobre los aspectos psicosociales de la diabetes jamás realizado. Trata sobre las percepciones y actitudes de más de 5000 personas con diabetes y de 3000 profesionales sanitarios de un total de trece países (Alemania, Australia, Dinamarca, EE. UU, España, Francia, India, Japón, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Suecia).

Para asegurar la más alta calidad científica del estudio DAWN, se creó un Comité científico asesor bajo el liderazgo del profesor Sir George Alberti, entonces presidente de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

El estudio involucró a:

- 5426 adultos con diabetes
- 2194 médicos de atención primaria
- 556 especialistas (endocrinólogos, diabetólogos)
- 1122 personal de enfermería
- Las personas con diabetes entrevistadas se clasificaron: un 50% como tipo 1 y otro 50% como tipo 2

- Los trece países participantes fueron: Alemania, Australia, Dinamarca, EE. UU, España, Francia, India, Japón, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Suecia

La investigación consistió en entrevistas cara a cara o vía telefónica dependiendo del país, la cultura y la disponibilidad de una línea telefónica. Las entrevistas tenían una duración de entre 30 y 50 minutos.

El estudio se llevó a cabo a mediados de 2001, y es más cualitativo que epidemiológico, con el fin de ayudar a profesionistas sanitarios y legisladores a definir prioridades para investigaciones futuras.

El estudio DAWN es único en su categoría y el cual tuvo un impacto sobre nuestro entendimiento de la diabetes y sobre cómo tratar los aspectos psicosociales relacionados con su tratamiento. Según el presidente de la Federación Internacional de Diabetes (FID), George Alberti, “el valor principal del estudio es poner al descubierto gran parte de la realidad interna de distintas personas con diabetes de distintas partes del mundo”, refiriéndose el autor como “realidad interna” hacer evidente los aspectos psicológicos generados por la diabetes en una gran variedad de individuos de distintas razas y posiciones sociales a nivel mundial.

Cuando el diabético no tiene un control sobre la enfermedad se avecina un desajuste psicológico con repercusión en su calidad de vida, es cuando el diabético en ocasiones recurre al afrontamiento religioso, donde puede ser visto como una estrategia dirigida a conseguir ayuda de un ser superior sobrenatural, y de acuerdo con Pargament, Smith, Koenig & Pérez (1998), está diseñado para ayudar a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física o espiritualidad, mediante métodos como el perdón, la purificación, la confesión y el apoyo espiritual.

Se han detectado dos aspectos básicos de la vida espiritual: uno vinculado con la satisfacción ante la vida y otro asociado al establecimiento de una relación personal con lo divino (Paloutziran & Ellison, 1982). Se ha reportado una importante relación entre salud mental, espiritualidad y la habilidad para afrontar la enfermedad y las situaciones de duelo (Sánchez, 2004), aunque algunos investigadores consideran los resultados poco alentadores en pacientes diabéticos (Zavala, Martínez & Whetsell, 2006). Es probable que esta contradicción se deba a que la religión y la vida espiritual producto de la experiencia religiosa a menudo son asumidas como una estrategia de afrontamiento temporal circunscrita a situaciones críticas extremas para el sujeto, por lo demás desligadas de una

intención de cambio y crecimiento personal. En este orden de ideas, el afrontamiento religioso se asume como un acto supersticioso que puede aportar apoyo emocional para el individuo pero no una modificación más profunda del carácter. Por otro lado, se ha encontrado (Rivera-Ledesma, Montero-López & Sandoval-Ávila, 2012), en sujetos mexicanos, que la espiritualidad resultante de una productiva relación con la vida y las personas, sin relación directa con lo religioso, genera cambios de carácter que pueden impactar positivamente la salud mental del sujeto. Dada la importancia de este recurso adaptativo en la cultura mexicana, es necesario evaluar su papel dentro de la dinámica psicológica del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 con miras al delineamiento de posibles estrategias de intervención. Es clara e importante la necesidad de contar con evidencia empírica que permita delimitar la problemática emocional y adaptativa del paciente con Diabetes y generar, con base en evidencia, estrategias de intervención centradas en la realidad clínica de los sujetos mexicanos que acuden a los Centros hospitalarios en busca de una atención integral.

Si hacemos una comparación entre el afrontamiento religioso y el momento en que el enfermo comprende cuales podrían ser las complicaciones de la diabetes, puede deprimirse, sin embargo, esto no quiere decir que todos los enfermos pasen por este momento; es posible que al inicio de la enfermedad sufran depresión y negación al mismo tiempo, porque el proceso de adaptación en cada enfermo es diferente y deben ser tomadas como “reacciones emocionales normales” y su ausencia puede ser relacionada con un proceso más lento y doloroso (Vinaccia-Orozco, 2005).

El enfermo se enfrenta a la necesidad de realizar cambios en su vida personal, social, familiar y laboral en muchos aspectos de su vida cotidiana. No solo buscará apoyo en el personal de salud, sino también en personas más cercanas a su red social las cuales le ayudaran a pasar por *el proceso difícil de aceptación* y, sobre todo, de aprender a sobrellevar la enfermedad.

Las redes de apoyo son conceptualizadas como la práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite tener o mejorar su bienestar material, físico y emocional (Huenchuan, 2003).

La familia es la instancia que provee al sujeto los recursos necesarios para cualquier momento de su vida, además de sus primeras habilidades sociales, éstas le darán seguridad para relacionarse y enfrentarse a nuevas situaciones y el vínculo entre el enfermo y la familia le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en dicho ambiente y da sentido a cada una de sus relaciones,

es por ello que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez son influidas por ellos (Cano, 2002).

De acuerdo con Navarro (2004), cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí, que es la familia del enfermo. Velasco y Sinibaldi (2002) mencionan varios aspectos interesantes respecto a las familias con un miembro con Diabetes Mellitus. Primero, el enfermo y la familia deben integrar de manera lenta el diagnóstico, su significado, curso y desenlace; no se espera que el enfermo y la familia los asimilen de forma rápida. El enfermo se enfrenta a la tarea de adaptarse al malestar, dolor y pérdida del control físico, así como a cambios en su apariencia. Segundo, la familia tiene que ser flexible y tendrá que convivir con los sentimientos de impotencia, ambivalencia, coraje, culpa y temor, tanto del enfermo como de ellos mismos.

Por último, los cambios en la familia dependerán, por tanto, de las características propias de la misma, de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, de la etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y de la red de apoyo familiar con que cuenten. Además de los factores anteriores, las circunstancias que hayan rodeado el diagnóstico inicial, el grado de dolor que la enfermedad o los tratamientos que impliquen para este individuo en particular, la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico y la velocidad de deterioro, las secuelas que llegan a producir algún tipo de invalidez, la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la Diabetes Mellitus, y la posibilidad de crear un significado que les ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad (Arroyo, 2005).

Una red más amplia es la social, misma que está constituida por los vínculos que conectan a una persona con su entorno y le facilitan la satisfacción de sus necesidades materiales y emocionales. Tanto el tamaño, la composición, como la densidad de la red resultan elementos relevantes que caracterizan su estructura. Esta red social cumple diferentes funciones que inciden en el apoyo social percibido. Se trata de un proceso recíproco, que genera efectos positivos para el sujeto que los recibe, así como para quien ofrece el apoyo, permitiendo que ambos tengan más control sobre su vida (Da Silva, 2008).

Otro tipo de redes sociales son las instituciones (por ejemplo redes creadas en los Clubes de Ayuda Mutua) que el enfermo crea y mantiene mediante intercambios con los demás enfermos. En los grupos de autoayuda se busca que a través de las dinámicas que realiza el moderador, casi siempre un miembro del personal de salud, se establezca la cohesión del grupo, por lo tanto, se busque implementar un sentimiento incluyente y plural que cambie la idea individual por la del colectivo.

Las redes de amigos son definidas como aquellas que la persona diabética forma con sus conocidos, vecinos y amistades permitiendo establecer relaciones perdurables de apoyo económico, emocional y de convivencia. Los amigos y conocidos forman parte importante en el proceso que enfrenta el enfermo crónico; ya que en ocasiones no necesariamente acuden con un terapeuta o un psicólogo que los escuche y aconseje, sino buscan aquellos que estén dispuestos a escucharlos.

De esta manera se pueden construir y fortalecer los lazos de amistad y acompañamiento entre los participantes, para llegar a tener un espíritu de grupo (Raggio, 2007) que motive a todos a participar en el cuidado de sí mismos y de los otros, apoyando su esfuerzo por comer mejor y realizar ejercicio permanente; además de servir de sostén emocional para el abandono de prácticas que van en contra de su salud.

Cambiar los hábitos de vida, alimentación, realizar ejercicio y tomar medicamentos no es tarea fácil para el enfermo, por lo tanto si recibe el apoyo de las personas más cercanas a él, como sus familiares tendrá un efecto de protección y amortiguamiento en los eventos estresantes, en este caso la Diabetes Mellitus; además la presencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud (Reyes, 2003).

Cabe señalar que a los Clubes de ayuda mutua para diabéticos se consideran no solamente como un recinto institucional donde las personas asisten regularmente para el control de sus problemas de salud, sino como un ámbito donde se crean y reproducen redes sociales y afectivas las cuales han tenido una importancia fundamental para las enfermas en el tratamiento, control y sobretodo, en la mejoría de su calidad de vida.

La Diabetes Mellitus tipo II situada en el punto de vista de la persona que la padece, supone considerar a dicho padecimiento dentro de un conjunto de relaciones que van de lo individual, familiar, institucional (Centro de Salud y Jurisdicción Sanitaria) y social (Club de diabéticos), a través de las consultas con el médico del Centro de Salud. Asumimos que esta red de relaciones, va más allá de constituir un soporte fundamental para la recuperación, alivio y bienestar de las personas diabéticas, genera situaciones de conflicto debido al carácter asimétrico, de poder y control, aunque también de complementariedad, por supuesto inherentes a dichas relaciones.

Por tales razones, planteamos que el problema de la Diabetes Mellitus tipo II en una persona no se reduce a que si toma o no sus medicamentos; o bien que si hace los ejercicios recomendados o sigue la dieta prescrita. Más bien tiene mucho



que ver con el rol que asume de subordinación frente a la hegemonía biomédica; aunque también con los márgenes para ejercer su capacidad de decisión, de construir identidades como sujetos enfermos, de incorporar estrategias que pone en marcha en su proceso de atención; entre otras.

Por lo tanto, toda especie animal tiene el instinto de preservar la vida; es un comportamiento presente en la especie humana el cuidado de sí mismo, y se manifiesta de acuerdo con la época histórica, la etapa del ciclo de vida, el género, la cultura y la circunstancia de salud o enfermedad, pues se trata de una construcción cultural. El cuidado de la salud individual está implícito en la higiene personal, entre otros comportamientos racionales; es distinto entre las personas que viven con una enfermedad crónica, pues esto las lleva a adoptar nuevas formas de vida propias para el control del padecimiento, en la lógica del sistema de salud. El autocuidado se entiende como el conjunto de conductas que adoptan las personas de manera voluntaria y reflexiva, individualmente o con acompañamiento, como producto de la comprensión de la propia enfermedad, con el fin de contribuir a controlarla y, en última instancia, a procurarse el propio bienestar (Collière, 1993). En el discurso oficial de promoción de la salud, el autocuidado consiste en responsabilizarse del control de la enfermedad y actuar en consecuencia asumiendo decisiones saludables a partir de aptitudes personales (OMS, 1986).

Borrell y Artazcoz, (2008) autoras españolas, observan que son escasos los trabajos que abordan las repercusiones de las desigualdades de género en la salud de mujeres y hombres (2008). En México son pocos los estudios sobre diabetes Mellitus que utilizan la perspectiva de género (Ceròn, 2006). Con este antecedente, y sin profundizar en el análisis, se ha reconocido dificultades socioculturales para mantener el tratamiento médico de la diabetes (Arganis, 2005). También se han documentado diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, según género, y en la necesidad de poner en marcha programas de prevención con enfoque de género (Gómez, 2004).

El *género* es una categoría analítica –relacional- que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca del *deber ser* de hombre y mujeres, usados para justificar la desigualdad (Castro y Casique, 2006). El género es una división de los sexos socialmente impuesta (Rubin, 1986) que implica el ejercicio del poder y el conflicto por el acceso o control de los recursos disponibles; los roles e identidades de género, así como la autonomía y la libertad de movimiento para ejecutar acciones indispensables del autocuidado, podría explicarse la desigualdad en este aspecto. Las desigualdades de género en

salud se entienden como diferencias innecesarias, evitables e injustas entre hombres y mujeres (Rohlf, 2000).

En el ámbito sanitario Holmström y Rosenqvist (2005) reportan que muchas personas diabéticas declaran que el personal de salud obstaculiza el autocuidado y el aprendizaje inherente, pues los modelos de atención no están centrados en la persona enferma. Menéndez (1994) documenta que la influencia del personal sanitario es determinante en la manera en que los enfermos asimilan el diagnóstico y asumen las indicaciones médicas como parte inevitable de su vida cotidiana. Por lo general el personal sanitario, y el médico en particular, tienden a culpar al paciente de su evolución clínica (Pamplona, 2006). Esta conducta la han documentado autores que consideran al género uno de los factores fundamentales que guían las prácticas profesionales del personal de salud (McKinlay, 1996); observan que reproducen las relaciones de poder, legitimidades y las desigualdades y contribuye a reconstruir las masculinidades y las desigualdades en salud (Courtenay, 2000). Adicionalmente, al mezclarse los tratamientos médicos con las prácticas populares alternativas y las creencias propias de las personas diabéticas se trastoca el resultado esperado en el bienestar de la persona.

El espacio doméstico –ámbito privilegiado para el autocuidado- ha sido poco explorado; pese a que ahí se toman decisiones individuales relevantes acerca del tratamiento de las enfermedades crónicas y se adoptan comportamientos consecuentes, no se sabe bien qué ocurre en el interior de los grupos domésticos. Información relativamente reciente muestra que la conformación y la dinámica de los grupos domésticos están en proceso de cambio, vinculadas a la sostenida crisis económica mexicana y a transformaciones socioculturales asociadas al mercado laboral, a la escolaridad y a un proceso de emigración creciente, entre otros aspectos importantes que modifican los arreglos domésticos y también las relaciones intergenéricas e intergeneracionales al alterar el pacto intergeneracionales de apoyo y la capacidad de negociación de hombres y mujeres (Salles y Tuirán, 1998; Arriagada, 2002). Se han observado cambios en las prácticas de alimentación y en el ejercicio físico, componentes centrales del autocuidado de las personas que viven con Diabetes Mellitus.

Haciendo hincapié en el autocuidado, se ha observado que es uno de los pilares donde reposa la estrategia sanitaria para el control de la diabetes en los adultos. Aunque existen otras definiciones, en este trabajo se entiende que el autocuidado de la diabetes es un proceso individual, activo, flexible y responsable de atender la propia salud, acciones que los enfermos realizan en su propia casa (Toljamo y Hentinen, 2001) como respuesta a las indicaciones médicas, en vez de seguir

exclusivamente las reglas prescritas, en cuyo ejercicio pueden o no participar más personas.

El autocuidado incluye tareas que se realizan en distintos momentos de la vida cotidiana: observación y significado de malestares o síntomas, seguimiento y ajuste en las indicaciones médicas, búsqueda de información, ajuste en la alimentación y autoeficacia (Souza y Zauszniewski, 2005), y además elementos emocionales propios para el control del padecimiento (Sigurdardóttir, 2005).

Souza y Zauszniewski (2005) desarrollaron un modelo de explicación del manejo de la diabetes fundamentado en el autocuidado, que incorpora una serie de factores influyentes ubicados en dos rubros: personal y ambiental. En el primero se incluyen los conocimientos sobre la enfermedad, la capacidad de agencia y la percepción de autoeficacia, y en el ambiental únicamente el apoyo social que se otorga a las personas enfermas.

Conforme al modelo de Souza y Zauszniewski (2005) el apoyo social interviene tangencialmente; sin embargo, tanto la capacidad como la autoeficacia son variables individuales que dependen de la configuración psicológica de las personas y del dinámico microambiente doméstico en el que interactúan con otros integrantes del grupo familiar; en el que es posible suponer conflictos y barreras que se oponen al apoyo idealmente supuesto por estos autores.

Si bien no conviene generalizar, se evidencian que es necesario considerar las perspectivas de género en la investigación en salud para planear las acciones que desde los ámbitos sanitario y extra sanitario contribuyan a disminuir las complicaciones y la muerte prematura ocasionadas por enfermedades como la diabetes, cuya magnitud alarmante –en una población que tiende a envejecer- es uno de los grandes problemas sociales, económicos y de salud que debe enfrentar la población mexicana.

Ante este escenario, la Organización Mundial de la Salud impulsa iniciativas como CARMEN (Conjunto de Acciones para la Recuperación Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), en una red regional dedicada a la vigilancia y la prevención de las enfermedades crónicas. Una parte de esta estrategia es promover recomendaciones para reducir los factores de riesgo más relevantes; en particular el control de obesidad y el sobrepeso, el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo y las dietas no saludables (Choi, 2005). Cada país aplica las recomendaciones conforme a sus circunstancias y recurso.

En México la Secretaría de Salud ha impulsado desde el año 2009 el programa “Cinco Pasos por la Salud”, para reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; se trata de acciones de índole individual y en las cuales los servicios

médicos tienen mínima participación. En México estas acciones se desdibujan entre exceso de publicidad nociva, asuntos en los que tampoco se observa participación regulatoria del Sector Salud merced a la política neoliberal imperante.

Cada día se conoce más sobre la diabetes, principalmente sobre sus características bioquímicas y moleculares. Se suele priorizar el factor biológico y se desestiman los aspectos socioculturales; sin embargo la patología va en aumento en todos los grupos sociales. Las escasas acciones del Sector Salud no toman en consideración aspectos arraigados en la cultura, como los mencionados en este texto. Consideramos que es conveniente ampliar el espectro de intervenciones orientadas a mejorar el control de la diabetes: es indispensable mirar hacia el espacio doméstico y no únicamente circunscribirse en los servicios médicos para explicar el fracaso en el control de la diabetes en la población mexicana.

El bienestar es un importante objetivo en la atención de la diabetes por derecho propio. Además, un nivel bajo de bienestar puede ser un grave impedimento en el autocuidado de la diabetes y, en consecuencia, ejercer un impacto negativo sobre los resultados metabólicos. El bajo nivel de bienestar debe ser considerado, por lo tanto, como un factor de riesgo de aparición temprana de complicaciones de la diabetes y una reducción de la calidad de vida. El bienestar debería, por lo tanto, controlarse como parte de la rutina del control de la diabetes junto con los índices de control metabólico.

## **CAPÍTULO IV**

### **MÉTODO**

#### **Justificación**

La diabetes y las enfermedades consecuentes son la segunda causa de muerte en nuestro país, se han reportado más de 300 mil casos nuevos de diabetes al año, paradójicamente se sabe, que a pesar de que es una enfermedad incurable y crónico-degenerativa, que el auto cuidado de la salud, a través de conductas muy claras y específicas, permite que la persona prolongue su vida con la mejor calidad posible. Por lo anterior resulta relevante cuestionarse el hecho de que a pesar de que se han hecho múltiples campañas de prevención de la enfermedad y se han proporcionado información acerca de las conductas de autocuidado, las personas sigan enfermando y peor aun perdiendo la vida ante la enfermedad.

Por ello en este estudio se desea identificar estilos de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación con el tiempo de diagnóstico y la edad del paciente. Y a través de las aportaciones hechas por el presente estudio ofrecer mejores alternativas para mejorar la calidad de vida.

Es importante, por este hecho, la intervención del sector salud en la atención a personas que ya han sido diagnosticadas con el padecimiento de Diabetes Mellitus Tipo 2, es de suma importancia que se lleven a cabo programas donde el objetivo principal sea el apoyo a este sector de la población, tanto preventivo como facilitadores de una mejor calidad de vida a quienes ya la padecen.

Así mismo hay que considerar que aparte de la atención médica es importante la atención psicológica y de otros profesionales de la salud, como enfermeros, trabajadores sociales, entre otros, quienes en conjunto juegan un papel importante para las personas que padecen la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2; para poder hacer frente a este padecimiento desde una perspectiva psicológica, es importante destacar los recursos con los que cuenta el enfermo para hacer frente a un padecimiento permanente y que tiene que saber cómo afrontarlo para su mejor manejo de la enfermedad.

#### **Preguntas de investigación**

1. ¿Cuál es el estilo de afrontamiento predominante en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistieron a una Clínica de Especialidades, considerando su sexo, edad y tiempo de diagnóstico?

2. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento entre, sexo, edad y tiempo de diagnóstico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2?

## **Objetivos**

1. Conocer las características de los estilos de afrontamiento, de acuerdo al tiempo de diagnóstico en hombres y mujeres de entre 23 y 87 años de edad que asistieron a una Clínica de Especialidades con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.
2. Conocer y analizar si existieron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento entre edad y tiempo de diagnóstico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

## **Objetivos específicos**

1. Identificar el estilo de afrontamiento predominante en los pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, que asistieron al Centro de Especialidades número 2.
2. Identificar el estilo de afrontamiento predominante entre hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, que asistieron al Centro de Especialidades número 2.
3. Identificar el estilo de afrontamiento predominante entre rangos de edad, en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asistieron al Centro de Especialidades número 2.
4. Identificar el estilo de afrontamiento predominante entre tiempo de diagnóstico, en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, que asistieron al Centro de Especialidades número 2.
5. Determinar si existieron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento, por sexo en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2.
6. Determinar si existieron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento, por edad en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2.
7. Determinar si existieron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento, por tiempo de diagnóstico, en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.

## **Hipótesis**

1. Existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento entre hombres y mujeres diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 y que asistieron a la Clínica de Especialidades número 2.
2. Existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento, por grupos de edad en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistieron a la Clínica de Especialidades número 2.
3. Existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento, por tiempo de diagnóstico, en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistieron a la Clínica de Especialidades número 2.

## **Definición conceptual y operacional de variables.**

### **Variables de clasificación**

#### **Sexo**

Definición conceptual: consiste en las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre individuos de una misma especie, pero especialmente fundadas en su capacidad para producir óvulos o espermatozoides, es decir, gametos masculinos o gametos femeninos (Aguilar, 2010).

Definición operacional: respuesta dada por los participantes en este estudio a la pregunta sobre si es hombre o mujer.

#### **Edad**

Definición conceptual: años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista (INEGI, 2012).

Definición operacional: es la respuesta dada sobre los años cumplidos que tiene la persona entrevistada desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

#### **Tiempo de diagnóstico**

Definición conceptual: el médico realizará una serie de pruebas para confirmar el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2; indicando al paciente la existencia de la enfermedad (Kim, Kim, Lee, Park and Cho, 2008).

Definición operacional: es la respuesta dada a partir de la fecha de diagnóstico por el médico de Diabetes Mellitus Tipo 2 al paciente al momento de la entrevista.

## **Estilos de afrontamiento**

Definición conceptual: conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus y Folkman, 1991).

Definición operacional: respuestas dadas por las personas que participaron en este estudio al instrumento de Estilos de Afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984) y adaptado por Alfaro (1991) para población mexicana.

## **Diseño de estudio y tipo**

### **Diseño**

Cuasiexperimental, ya que se tiene un control de variables pero la población ha sido elegida exprofeso para este estudio.

### **Tipo de estudio**

Estudio descriptivo, de campo, observacional y de comparación.

Por el lugar donde se llevó a cabo, se trata de un estudio de campo, debido a que los instrumentos de medición se aplicarán en un ambiente natural para los sujetos.

Finalmente por el tiempo, es un estudio transversal, ya que no existió un seguimiento de los sujetos.

### **Escenario**

El estudio se llevará a cabo en la Clínica de Especialidades número 2 y que tiene su domicilio en: República de Guatemala número 78, colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc en la Ciudad de México, Distrito Federal, México.

### **Sujetos**

Participarán 100 sujetos. De los cuales 50 serán hombres y 50 serán mujeres que hayan sido diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 y que asistan al área de Apoyo Psicológico del Centro de Salud de la Clínica de Especialidades número 2.

### **Tipo de muestreo**

Se realizará un muestreo intencional por cuotas, ya que se estableció el número específico de participantes que integrarán cada uno de los grupos.



## **Criterios de inclusión**

Los requisitos de inclusión para formar parte de la muestra, serán los siguientes. Hombres y mujeres de entre 23 y 87 años de edad que en el momento de responder al inventario (Escala de estilos de afrontamiento) se presentaran en la Clínica de Especialidades número 2 como personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2.

## **Procedimiento**

La recopilación y recolección de la muestra se realizará en la Clínica de Especialidades número 2. A los sujetos participantes se les informará que se está realizando una investigación para la cual se les solicitará su colaboración voluntaria, asimismo, se les asegurará la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada. También se les garantizará que las respuestas a sus cuestionarios no interferirían con el proceso que estarán llevando en la clínica.

Bajo el consentimiento informado de los sujetos se les aplicará la Escala de Estilos de Afrontamiento. Al final se tomarán sus datos sociodemográficos. A cada uno de los sujetos se les dará una breve explicación previa sobre como contestar el cuestionario y, en caso de que no supieran leer y escribir o de que cuenten con alguna discapacidad visual o con un nivel bajo de escolaridad, el aplicador les leerá el instrumento y registrará las respuestas.

## **Instrumentos**

1. Escala de datos sociodemográficos creada para este estudio (Anexo 1):
  - Sexo
  - Edad
  - Escolaridad
  - Tiempo de diagnóstico
2. Estilos de afrontamiento

Se empleará la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus (1984) adaptada y confiabilizada por Alfaro (1991) que se compone de cinco factores llamados: reevaluación positiva, apoyo profesional, autocontrol, apoyo psicológico y resignación; el cual se integra por 31 afirmaciones de la escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de *no* a *muchísimo* y que componen cinco factores; cada escala representa un estilo de afrontamiento.

Los factores mencionados, se definen de la siguiente manera:

1. **Reevaluación positiva:** la dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Al margen de su origen, cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican (Lazarus y Folkman, 1991).
2. **Apoyo profesional:** es el conjunto de procesos y actos organizados con el fin de dotar a una persona de autonomía personal. Dicho de otra manera: es el producto de una interacción dinámica de pensamiento y acción entre un profesional de la salud y un usuario, que ha permitido a este último encontrar o volver a encontrar sus capacidades de actuar y pensar para resolver un problema (De Robertis, 2003).
3. **Autocontrol:** intuitivamente, podría pensarse que afrontar una situación es intentar controlarla –ya sea modificando el entorno, cambiando el significado de la situación y/o controlando las propias conductas y emociones. Realmente, cuando el control se refiere a los esfuerzos cognitivos o conductuales desarrollados para enfrentarse a una situación estresante, se considera afrontamiento y control como sinónimos y se distinguen de las creencias generales y/o situaciones sobre el control, que influyen sobre las evaluaciones cognitivas de amenaza y desafío. En el Autocontrol se intenta adaptarse a éste o ir a favor de la corriente; aquí la palabra clave es *intentar*, ya que con ello se habla más de afrontamiento que de creencia o de evaluación (Lazarus & Folkman, 1991).
4. **Apoyo psicológico:** consiste en entrenar al paciente en habilidades y estrategias para saber responder de una forma adecuada y favorable a sus problemas diarios. La terapia es individual y personalizada, siendo la persona el principal objetivo, por lo que ésta asume un papel activo durante la sesión. Sin embargo, se cree que el entorno familiar, escolar o laboral cobran una importancia esencial en la evolución del paciente, por lo que existen también un apoyo continuado en estos diferentes ambientes.

5. Resignación: una etapa en la que la persona desarrolla una sensación de paz, de aceptación de su destino y, en muchos casos, también surge el deseo de estar a solas. En esta fase, desaparecen los sentimientos y el dolor físico. Ross describe este estadio como el fin de la lucha del proceso de la muerte, el último descanso antes del fallecimiento. La resignación puede tener una función positiva y colaborar a una mejor adaptación de la persona a la enfermedad. Una vez que se han considerado la amplia gama de respuestas de afrontamiento de la enfermedad crónica, se puede preguntar por la eficacia adaptativa de las respuestas de afrontamiento ante la enfermedad (Santrock, 2006).

### **Análisis de resultados**

Una vez obtenidos los resultados cuantitativos a través del instrumento de medición Escala de Estilos de Afrontamiento se procedió al análisis de la información, empleando una descripción de frecuencia de los resultados en donde se graficaron los puntajes obtenidos, apoyándose además de la prueba *t* de Student para muestras independientes y del análisis de varianza de una sola vía.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

El objeto de la presente investigación fue describir los estilos de afrontamiento en un grupo de personas de entre 23 y 87 años de edad, las cuales fueron diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y que asistían al Centro de Salud Clínica de Especialidades número 2, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Para responder a las preguntas de investigación, se realizaron los análisis correspondientes que permitieron determinar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, así como la obtención de un perfil general de afrontamiento ante la Diabetes Mellitus Tipo 2.

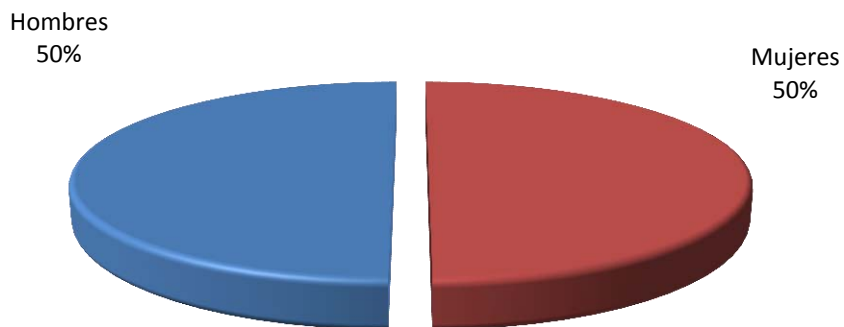
Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó el *SPSS para Windows (Statistical Package for Social Science)* versión 15.0, obteniendo los siguientes resultados.

Análisis demográfico.

La primera parte de los resultados comprende el análisis sociodemográfico de la muestra, así como un perfil descriptivo de los puntajes observados en las escalas.

Para realizar la presente investigación, se trabajó con una muestra integrada por 100 sujetos, distribuidos en grupos equivalentes entre hombres y mujeres, tal y como se puede observar a continuación.

**Gráfica #1 Distribución de la muestra por sexo**



En lo referente a la edad de los participantes, la muestra se distribuyó en un rango de los 23 a los 87 años, con una media de  $\bar{X}= 53.46$  y una desviación estándar de  $\sigma=14.34$ ; la edad se agrupó en rangos, observando al respecto que la mayor porción correspondió al grupo de 51 a 60 años (30%), lo que podría significar que en dicho rango de edad el organismo es más susceptible a la enfermedad de la Diabetes Mellitus Tipo 2; tal y como puede observarse a continuación

**Tabla # 1 Distribución de la muestra edad**

<b>Rango de Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
20 a 30 años	8	8%
31 a 40 años	13	13%
41 a 50 años	17	17%
51 a 60 años	30	30%
61 a 70 años	18	18%
71 o más	14	14%

Uno de los factores más importantes en el tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa como la Diabetes, es el análisis de las secuelas que presentan los pacientes, tanto para su adecuado tratamiento, como para determinar la etapa en la que se encuentran, al respecto en el grupo participante, se pudo observar que la mayoría de los participantes (79%) presenta síntomas de inicio, como es la poliuria, la polidipsia, pérdida de peso, entre otros síntomas, mostrando que en el rango de edad donde se presenta con mayor porcentaje las secuelas vemos una afección en los órganos del paciente que podría desencadenar la Diabetes Mellitus Tipo 2, el resto de los participantes presentó diferentes secuelas y un 7% más de una.

**Tabla # 2 Distribución de la muestra por secuelas**

<b>Secuelas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Neuropatía	1	1%
Disfunción eréctil	1	1%
Hipertensión	1	1%
Nefropatía	2	2%
Pérdida de peso	4	4%
Retinopatía diabética	5	5%
Más de una secuela	7	7%
Síntomas de inicio	79	79%

Así mismo, para fines descriptivos, se agrupó en rangos los años de diagnóstico, observando que la mayor porción correspondió al grupo comprendido entre los 6 a 10 años (40%), significando que la mayoría de los participantes hicieron caso a los síntomas de inicio y fueron con un profesional de la salud para su atención, cabe mencionar que los participantes acuden a una Clínica de especialidades, lo que indica que son personas preocupadas por su salud, como se puede observar a continuación.

**Tabla # 3 Distribución por tiempo de diagnóstico**

<b>Tiempo de diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 5 años	24	24%
6 a 10 años	40	40%
11 a 15 años	18	18%
16 a 20 años	9	9%
21 o más años	9	9%

Referente a las estrategias de afrontamiento que más fueron utilizadas por los participantes se distribuyó por estilo, siendo el de mayor porcentaje la reevaluación positiva (22%), cabe mencionar que la diferencia entre estilos es mínima, lo que nos indica que los participantes que asisten a la Clínica de Especialidad # 2 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, los cuales reciben atención integral, tienden a reinterpretar la realidad que surge ante su enfermedad y canalizan estrategias hacia acciones positivas, la distribución se observa a continuación.

**Tabla # 4 Distribución por estrategia de afrontamiento**

<b>Estrategia de afrontamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Apoyo social	18	18%
Resignación	19	19%
Autocontrol	20	20%
Apoyo profesional	21	21%
Reevaluación positiva	22	22%

En lo concerniente a las estrategias de afrontamiento por sexo, cabe destacar que los participantes tanto hombres como mujeres utilizan más la estrategia de reevaluación positiva (22%), observando además que el estilo de afrontamiento de autocontroles utilizado con mínima diferencia de la reevaluación positiva (20%) de manera diferenciada entre hombres y mujeres; al respecto puede considerarse que si bien de manera similar los participantes son capaces de reinterpretar la situación y redirigirla hacia acciones positivas, en el caso de el autocontrol, son los hombres quienes ante una situación como el enfrentar una enfermedad crónico degenerativa recurren con mayor frecuencia a la intención de control, con la finalidad de modificar el entorno e inclusive sus propias conductas, distribución que se observa en la siguiente tabla.

**Tabla # 5 Distribución por estrategia de afrontamiento**

Estrategia	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo social	17	17%	19	19%
Resignación	19	19%	18	18%
Reevaluación positiva	22	22%	22	22%
Autocontrol	21	21%	20	20%
Apoyo profesional	21	21%	21	21%

En lo referente al estilo de afrontamiento se realizó un análisis a partir del tipo de secuelas de la enfermedad que presentaron los pacientes, observándose que tanto en la retinopatía diabética (26%) como en la pérdida de peso (25%), la disfunción eréctil (25%), los síntomas de inicio (22%) y más de una secuela (23%) la estrategia más utilizada fue la reevaluación positiva.

Mientras que en el caso de las secuelas por hipertensión (27%) y nefropatía (25%), la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la resignación.

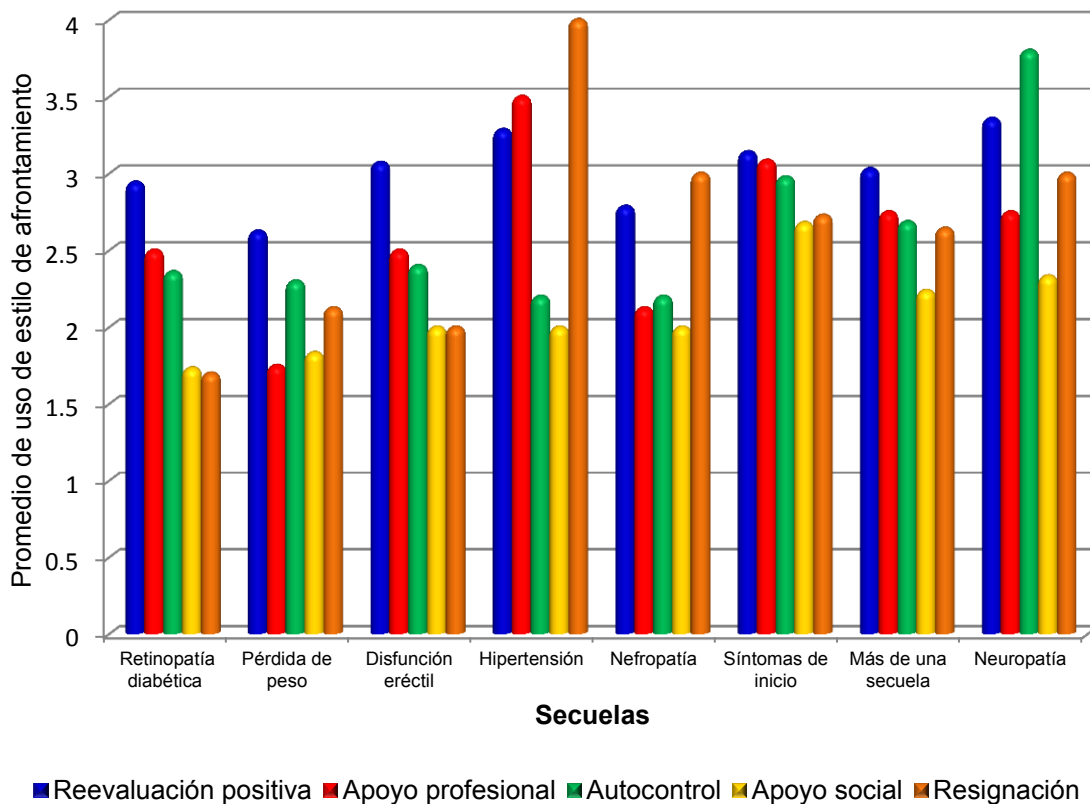
Por último, en lo referente a la secuela por neuropatía como consecuencia de la enfermedad se distribuyó con una mayor frecuencia (25%), dentro de la estrategia de autocontrol. Cabe destacar que la mayoría (88%) de los participantes, refirió como secuelas por la enfermedad, tener más de un síntoma.

Tal y como puede observarse con relación a los estilos de afrontamiento que sobresalen dependiendo de la secuela que presentan los pacientes, en el caso de las secuelas menos graves como la disfunción eréctil, la pérdida de peso, entre

otras, que no ponen en riesgo inmediato la vida del Diabético, tendieron a utilizar más la reevaluación positiva como una estrategia que les permite reconsiderar su situación de vida y generar estrategias para enfrentarla, por lo tanto presentan mejores posibilidades de adherencia al tratamiento. Por el contrario en el caso de aquellos pacientes que presentan secuelas graves y que ponen en riesgo su vida, como la hipertensión y la nefropatía, la estrategia de afrontamiento que utilizan (resignación) si bien les permite adoptar una actitud de colaboración y aceptación, también puede generar una actitud de derrota ante la factibilidad de la muerte, haciendo que algunos de éstos no den el seguimiento adecuado al tratamiento.

Esta distribución antes mencionada, puede observarse en la siguiente gráfica.

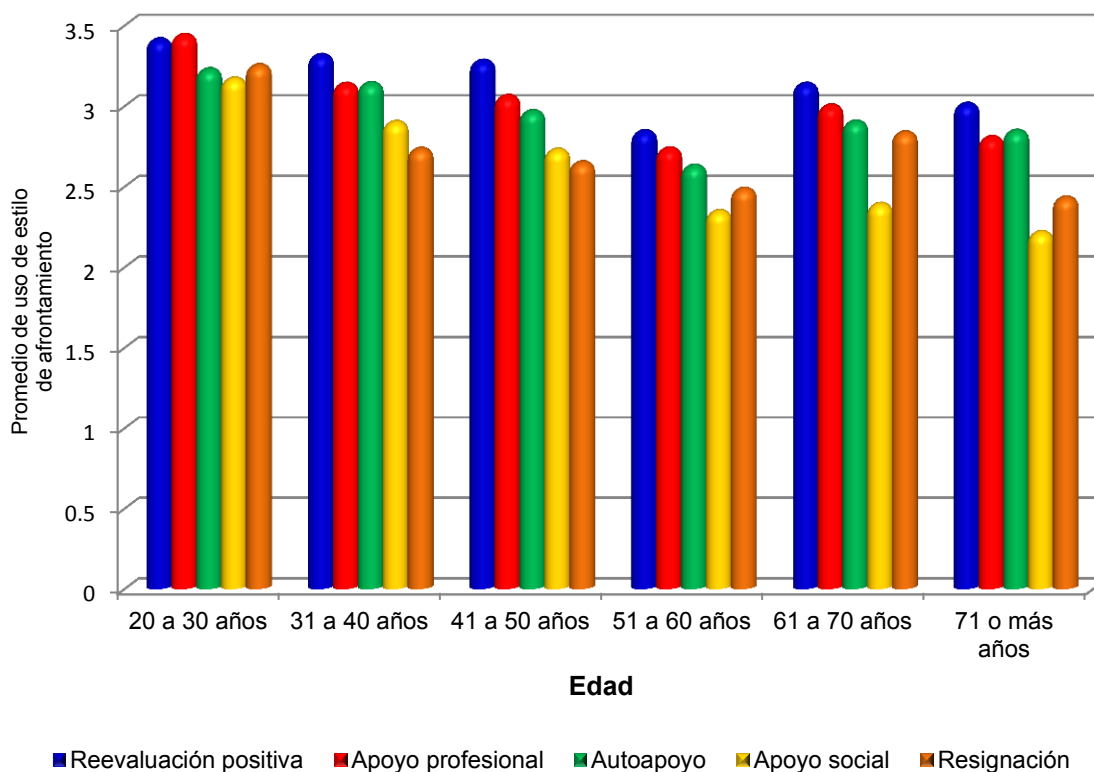
**Gráfica #2 Promedio de secuelas por estrategias de afrontamiento**





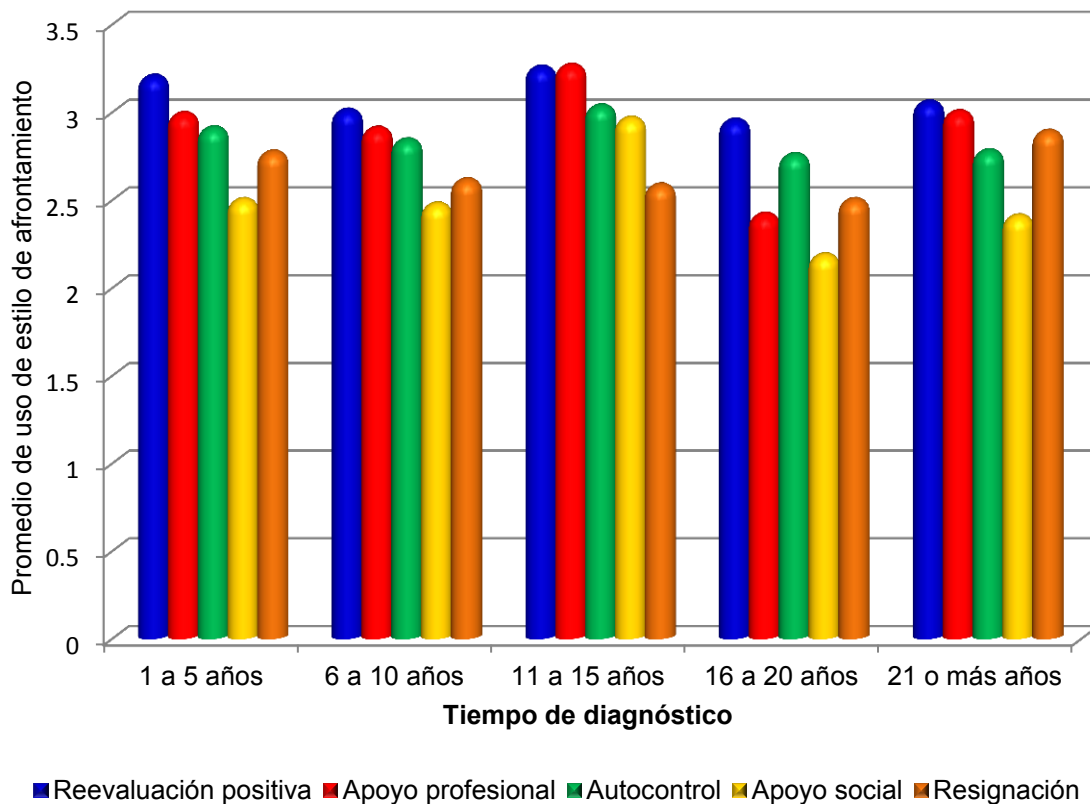
Con respecto a la edad, se pudo observar que los estilos de afrontamiento predominantes fueron en todos los casos la reevaluación positiva y el apoyo profesional, particularmente en el grupo de 20 a 30 años; por el contrario los estilos de afrontamiento menos utilizados fueron el apoyo social y la resignación. Con ello se considera que los pacientes diabéticos participantes, independientemente de su edad tienden a reconsiderar la situación y a desarrollar estrategias alternativas para enfrentar su enfermedad.

**Gráfica #3 Promedio de edades por estrategias de afrontamiento**



Otro de los aspectos analizados con respecto a los estilos de afrontamiento, fue el tiempo de diagnóstico, observándose que en el grupo de 11 a 15 años, el estilo de mayor uso es el apoyo profesional y poco menos la reevaluación positiva, indicando con ello que aun cuando un paciente tenga poco o mucho tiempo de conocer su diagnóstico tiende a utilizar la reevaluación positiva como la estrategia que le permite generar conductas efectivas que resulten en un mejor control de su enfermedad, apoyado en la orientación de los profesionales de la salud van reevaluando su condición ante la diabetes y con ello adquiere una mejor adherencia al tratamiento, lo que suele ser más efectivo cuando se cuenta con la adecuada asesoría; por el contrario se observó que el apoyo social fue uno de los estilos menos usados, como se muestra a continuación.

**Gráfica # 4 Promedio de tiempo de diagnóstico por estrategias de afrontamiento**



**Análisis diferencial.**

Una vez presentados los resultados de manera descriptiva de los datos sociodemográficos, se procedió a realizar los análisis de comparación de medias entre los diferentes grupos planteados para esta investigación: (sexo, edad, tiempo de diagnóstico y secuelas), para lo cual se utilizaron las pruebas de *t* de Student y Análisis de Varianza de una sola vía, con la finalidad de determinar las posibles diferencias estadísticamente significativas para cada una de las escalas de investigación en dichos grupos.

En primer término se comparó el promedio de los puntajes de cada uno de los diferentes estilos de afrontamiento entre hombres y mujeres, al respecto, tal y como se puede observar en la tabla # 6, aun cuando en todos los estilos de afrontamiento las mujeres muestran una tendencia a presentar puntajes más altos que los hombres, únicamente en lo referente al estilo de afrontamiento de *apoyo social* se observaron resultados estadísticamente significativos, lo que significa que las mujeres tienden a hablar con alguien más para saber de la situación, aceptar la simpatía y comprensión de alguien.

**TABLA # 6 Comparación con prueba t por sexo en los estilos de afrontamiento**

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	$\sigma$	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Reevaluación Positiva	Hombres	3.01	0.57	98	1.51	0.13
	Mujeres	3.18	0.55			
Apoyo profesional	Hombres	2.83	0.80	98	1.58	0.11
	Mujeres	3.07	0.71			
Autocontrol	Hombres	2.82	0.59	98	0.77	0.43
	Mujeres	2.92	0.69			
Apoyo social	Hombres	2.36	0.81	<b>98</b>	<b>2.07</b>	<b>0.04</b>
	Mujeres	2.70	0.82			
Resignación	Hombres	2.65	0.80	98	0.10	0.91
	Mujeres	2.67	1.02			

Con respecto a la comparación entre los diferentes estilos de afrontamiento, en cada una de las secuelas de la Diabetes, se observó que los participantes que presentaron únicamente síntomas de inicio, fueron quienes obtuvieron el puntaje más alto, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el factor de Autocontrol, significando que la persona piensa en un plan de acción para resolver el problema, tal y como puede observarse en la tabla # 7.

**TABLA # 7 Comparación con análisis de varianza por secuelas en los estilos de afrontamiento**

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	$\sigma$	<b>gl</b>	<b>f</b>	<b>A</b>
Reevaluación Positiva	Retinopatía	2.94	0.58	7	0.641	0.721
	Pérdida peso	2.62	1.20			
	Disfunción eréctil	3.07				
	Hipertensión	3.28				
	Nefropatía	2.78	0.40			
	Síntomas inicio	3.14	0.54			
	Más de una secuela	3.03	0.49			
	Neuropatía	3.35				
Apoyo profesional	Retinopatía	2.50	0.72	7	2.87	0.09
	Pérdida de peso	1.75	1.19			
	Disfunción eréctil	2.50				
	Hipertensión	3.50				
	Nefropatía	2.12	0.53			
	Síntomas de inicio	3.08	0.70			
	Más de una secuela	2.75	0.62			
	neuropatía	2.75				
Autocontrol	Retinopatía	2.63	0.45	<b>7</b>	<b>2.33</b>	<b>0.03</b>
	Pérdida de peso	2.30	1.05			

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	$\sigma$	<b>gl</b>	<b>f</b>	<b>A</b>
	Disfunción eréctil	2.40				
	Hipertensión	2.20				
	Nefropatía	2.20	0.00			
	Síntomas de inicio	2.97	0.61			
	Más de una secuela	2.68	0.38			
	Neuropatía	3.80				
Apoyo social	Retinopatía	1.73	0.79	7	1.89	0.07
	Pérdida de peso	1.83	1.10			
	Disfunción eréctil	2.00				
	Hipertensión	2.00				
	Nefropatía	2.00	0.00			
	Síntomas de inicio	2.67	0.83			
	Más de una secuela	2.23	0.73			
	Neuropatía	2.33				
Resignación	Retinopatía	1.70	1.03	7	1.54	0.16
	Pérdida de peso	2.12	0.47			
	Disfunción eréctil	2.00				
	Hipertensión	4.00				
	Nefropatía	3.00	0.00			
	Síntomas de inicio	2.72	0.92			
	Más de una secuela	2.64	0.55			
	Neuropatía	3.00				

Referente a los grupos formados por edades en los estilos de afrontamiento, cabe mencionar que los dos grupos (20 a 30 años y 31 a 40 años) presentaron un mayor puntaje promedio, en los factores Reevaluación positiva y Apoyo social, respectivamente, diferencia que resultó estadísticamente significativa para cada grupo, como se muestra a continuación.

**TABLA # 8 Comparación con análisis de varianza por grupos de edades en los estilos de afrontamiento**

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	$\sigma$	<b>gl</b>	<b>f</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Reevaluación positiva	20 a 30 años	3.41	0.37	5	2.71	0.02
	31 a 40 años	3.31	0.36			
	41 a 50 años	3.27	0.44			
	51 a 60 años	2.84	0.72			
	61 a 70 años	3.13	0.45			
	71 años o más	3.01	0.52			
Apoyo profesional	20 a 30 años	3.43	0.57	5	1.50	0.19
	31 a 40 años	3.13	0.62			
	41 a 50 años	3.05	0.67			
	51 a 60 años	2.73	0.87			

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	$\sigma$	<b>gl</b>	<b>f</b>	<b><math>\alpha</math></b>
	61 a 70 años	3.00	0.77			
	71 años o más	2.80	0.72			
Autocontrol	20 a 30 años	3.22	0.36	5	1.98	0.08
	31 a 40 años	3.13	0.38			
	41 a 50 años	2.96	0.62			
	51 a 60 años	2.62	0.70			
	61 a 70 años	2.90	0.69			
	71 años o más	2.84	0.64			
Apoyo social	20 a 30 años	3.16	0.30	5	2.64	0.02
	31 a 40 años	2.89	0.75			
	41 a 50 años	2.72	0.92			
	51 a 60 años	2.34	0.86			
	61 a 70 años	2.38	0.79			
	71 años o más	2.21	0.69			
Resignación	20 a 30 años	3.25	0.70	5	1.22	0.30
	31 a 40 años	2.73	1.05			
	41 a 50 años	2.64	0.87			
	51 a 60 años	2.48	0.92			
	61 a 70 años	2.83	0.95			
	71 años o más	2.42	0.80			

Mientras que en el tiempo de diagnóstico, no se observó ningún resultado estadísticamente significativo dentro de las variables en los estilos de afrontamiento; lo que podría significar que el tiempo de diagnóstico de la Diabetes en los participantes en el presente estudio no representó algo que deba considerarse como un conflicto inminente para su salud.

**TABLA # 9 Comparación con análisis de varianza por tiempo de diagnóstico en los estilos de afrontamiento**

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>f</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Reevaluación positiva	1 a 5 años	3.20	0.53	4	0.94	0.44
	6 a 10 años	3.00	0.58			
	11 a 15 años	3.25	0.64			
	16 a 20 años	2.95	0.43			
	21 años o más	3.05	0.55			
Apoyo profesional	1 a 5 años	2.98	0.83	4	1.98	0.10
	6 a 10 años	2.90	0.74			
	11 a 15 años	3.26	0.71			
	16 a 20 años	2.41	0.84			
	21 años o más	3.00	0.39			

<b>Variables</b>	<b>Grupos</b>	$\bar{X}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>f</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Autocontrol	1 a 5 años	2.90	0.65	4	0.43	0.78
	6 a 10 años	2.84	0.58			
	11 a 15 años	3.03	0.72			
	16 a 20 años	2.75	0.64			
	21 años o más	2.77	0.75			
Apoyo social	1 a 5 años	2.50	0.87	4	1.75	0.14
	6 a 10 años	2.47	0.78			
	11 a 15 años	2.96	0.83			
	16 a 20 años	2.18	0.78			
	21 años o más	2.40	0.81			
Resignación	1 a 5 años	2.77	0.88	4	0.34	0.86
	6 a 10 años	2.61	0.96			
	11 a 15 años	2.58	0.92			
	16 a 20 años	2.50	0.79			
	21 años o más	2.88	0.99			

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN**

El objetivo de esta investigación fue observar cuáles son los estilos de afrontamiento que más utilizaron un grupo de cien personas de entre 23 a 87 años de edad y que fueron diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), para ello se realizaron los análisis correspondientes utilizando el programa SPSS para Windows los cuales permitieron determinar las diferencias estadísticamente significativas o más relevantes entre el grupo de personas que participaron en la presente investigación y por ende, la obtención de cuáles fueron las estrategias que más fueron utilizadas para un mejor afrontamiento para dichas enfermedad.

#### **Descripción de la muestra**

Las personas que participaron en el presente estudio fueron personas que asistían al Centro de Salud Clínica de Especialidades número 2, de la secretaría de Salud del Distrito Federal y que fueron diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2, teniendo un promedio de edad de 55 años. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), este promedio de edad se encuentra dentro del rango de personas diagnosticadas con el padecimiento en el mundo, por lo tanto México se encuentra dentro de este rango de edad, generalmente el padecimiento aparece en adultos mayores de 40 años.

En México y en muchos países del mundo, esta enfermedad ha alcanzado proporciones de epidemia (Malacara, 2003). Así mismo, estos autores señalan que en la actualidad una de cada cinco personas mayores de 40 años tiene diabetes. La mayoría de las personas tiene al menos un familiar afectado por la enfermedad.

Entre las personas diabéticas, cerca de la mitad no lo sabe, pues se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, cuando no hay todavía síntomas. En este mismo sentido, el hallazgo se repitió en 24 casos con personas entre los 30 y 70 años de edad en los servicios de Diabetología y Nutrición del Hospital Municipal de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze” de Buenos Aires, se comprobó que la edad promedio fue de 50 años. Se consideró necesario promover la educación pública sobre diabetes, detectar los factores asociados y tratar de formar inmediata y preventiva la hiperglucemia y los factores bioquímicos agregados (Salama y Sánchez, 2011).

La relevancia de este hecho, nos indica que la diabetes no es exclusiva de México, como se hizo referencia en el marco teórico en la presente tesis, sino que la Diabetes Mellitus tipo 2 ya es considerada una pandemia; en términos de políticas de salud, nos revela que no se han implementado las acciones adecuadas para un mejor control y prevención de la diabetes, tanto en México como en otras partes del mundo por su cada vez más progresivo número de personas con la enfermedad.

## **Análisis sociodemográfico de puntajes observados en las escalas**

### **Sexo**

Para esta investigación se trabajó con una muestra integrada de 100 sujetos, distribuidos en grupos de equivalentes entre hombre y mujeres.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema epidemiológico en México, aunque esta enfermedad se presenta en ambos géneros, la prevalencia es más elevada en mujeres (Cruz-Bello, Vizcarra-Bordi, Kaufer-Horwitz, Benítez-Arciniega, Misra, y Valdés-Ramos, 2014).

El género como categoría de análisis es un factor personal que no se origina por naturaleza de los individuos en términos biológicos e inclusive de voluntad o intención, sino de que el contexto social en el que adquirió su forma de ser y pertenecer a una sociedad determinada es el que define las condiciones desiguales para acceder y aceptar acciones de autocuidado cuando se padece una enfermedad que no tiene cura como la Diabetes Mellitus tipo 2. Estudios como los de Compeán (2008), Trujillo (2008) y Salcedo (2008) coinciden en que las desigualdades de género, por mencionar algunos ejemplos de desigualdad: la cultura patriarcal, las clases sociales, el adultocentrismo, el racismo y la discapacidad; que ponen en desventaja a las mujeres para acceder a servicios de salud pública cuando padecen Diabetes Mellitus tipo 2; sin embargo ellas tienden a un amplio conocimiento sobre la enfermedad, porque este saber es empleado para desarrollar su papel de cuidadoras o de servicio a los demás. La perspectiva de género para estudiar los factores de riesgo para contraer Diabetes Mellitus, favorece a diferenciar las características personales (masculino o femenino) para insistir en aspectos educativos de autocuidado sobre su enfermedad (Samaniego 2006). Asimismo, dentro de este enfoque por lo general se incorpora a la familia por sus creencias y conocimientos como un recurso para el mantenimiento de la salud (Arroyo, 2005).



Las mujeres, en comparación con los varones, presentan más probabilidad de padecer Diabetes Mellitus por situaciones de desventaja social y deterioro físico y emocional en su actividad cotidiana. Lo anterior coincide con lo reportado por López, Mendoza, Rodríguez y Álvarez (2009) en un estudio descriptivo en el Centro de Salud familiar “Chiguay” de Chile, con diabéticos tipo 2, se encontró que un 67.77% de los participantes eran del sexo femenino y un 32% del sexo masculino. Así mismo se siguió considerando que la mujer es la más afectada por la enfermedad de la diabetes.

La diabetes afecta al hombre y a la mujer en cualquier momento de la vida, aunque más a la mujer como ya se ha mencionado en esta investigación, pero en cada etapa de la vida se plantean diferentes dificultades y riesgos.

La asignación de roles sociales según género provoca diferentes maneras de percibir los síntomas y comportarse ante la enfermedad. En las mujeres se manifiesta mediante una sobreestimación de la morbilidad y sus manifestaciones, y una búsqueda de cuidados en fases más temprana de la enfermedad. Por el contrario, los hombres tienden a minimizar los efectos de las disfunciones físicas e ignorar los beneficios del auto cuidado (Spiers, 2003; Von Strauss 2003).

La mujer es más vulnerable a adquirir ciertas afecciones, entre ellas diabetes mellitus tipo 2. Las estadísticas indican que este sector de la población registra mayor índice de sobrepeso y obesidad que conducen a sufrir esta enfermedad crónico-degenerativa. Lo anterior se refleja en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el cual indica que 32 por ciento de las mujeres y 20 por ciento de los hombres fallecen anualmente por patologías relacionadas con obesidad, diabetes, malos hábitos alimenticios y falta de ejercicio.

El aspecto psicológico es un factor predominante, pues las mujeres están expuestas a mayores niveles de estrés, tensión, ansiedad y depresión que aumenta la secreción de hormonas como adrenalina, noradrenalina y cortisol, las cuales incrementan la concentración de glucosa (azúcar) en sangre.

Otro aspecto que con el tiempo adquiere mayor ímpetu, es la “desventaja social” caracterizada por pocas oportunidades de desarrollo en los ámbitos social, económico y cultural, y aunque la mujer ha ganado terreno en diversos aspectos, las diferencias de género han prevalecido ante la menor participación en el trabajo, los bajos salarios o dependencia económica, lo que también involucra la presencia de Diabetes Mellitus debido a la neurosis de ansiedad causada por dicha desigualdad.

## Edad

Referente a la edad de los participantes, la muestra se distribuyó en un rango de los 23 a los 87 años de edad, teniendo como edad promedio de 53 años, así mismo se agrupó en rangos de diez años, observándose al respecto que la mayoría de los participantes correspondió al grupo de entre los 51 a 60 años de edad.

En el año 2003 la prevalencia de la Diabetes Mellitus a nivel mundial fue estimada en 5.1% en personas entre 20 y 79 años, mayor en los países desarrollados que en los en desarrollo. Parte de las diferencias entre países y regiones en la afectación por Diabetes Mellitus es atribuida a la estructura por edad de las poblaciones y a la urbanización. Como se comentó antes, la edad constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la Diabetes Mellitus.

Como se ha venido mencionando, la diabetes puede afectar a la mujer en cualquier momento de la vida, pero en cada etapa de la vida se plantean diferentes dificultades y riesgos (García, 2015).

En la edad reproductiva que se considera entre los 18-45 años de edad la característica de la diabetes gestacional, que generalmente desaparece tras dar a luz, hay que tener en cuenta que estas mujeres tienen un riesgo de hasta el 45% de que la enfermedad vuelva a aparecer en el embarazo siguiente y un riesgo de hasta el 63% de sufrir Diabetes Mellitus tipo 2 en el futuro.

Mientras que en la etapa de mediana edad que comprende de los 45 a los 65 años es más complicada para la mujer con diabetes. Los cambios metabólicos asociados a la llegada de la menopausia aumenta el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2.

En relación a la edad avanzada (más de 65 años), debido a que las mujeres viven un promedio de 7 años más que los hombres, es evidente que el número de mujeres de edad avanzada es casi el doble que el de los hombres del mismo grupo de edad. Este aumento de edad junto con la diabetes produce un mayor número de complicaciones tales como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, trastornos renales y ceguera. Pero, además, las mujeres con diabetes y en edad avanzada tienen un riesgo particularmente alto de padecer trastornos cardíacos, problemas de la vista, hiperglucemia o hipoglucemia y depresión.

En cuanto a la distribución de los pacientes diabéticos según las variables de edad y sexo, se obtuvo, en estas variables, el predominio del sexo femenino, pero el mayor porcentaje se encontró en las edades comprendidas entre los 60 a 70 años

en la presente investigación. Estos resultados coinciden con la tendencia mundial de que esta enfermedad se presenta más en el sexo femenino; dato además muy similar encontrado en Cuba (2005), a razón de dos mujeres por un hombre, demostrándose que la enfermedad se hace más frecuente con el aumento de la edad y el acrecentamiento más ostensible se aprecia en el grupo de 60 años y más (Suárez y García, 2005). En este mismo sentido Casanova, Trasancos, Orraca, Prats y Gómez (2011) reportan que se observó un predominio del sexo femenino con 53.9%; siendo el grupo de edad 60 a 69 para el sexo femenino el más frecuente, sin embargo, en el sexo masculino predominó el grupo de edad de 70 a 79 años con 64.2%.

Esta tendencia mundial coincide con lo reportado en esta investigación dentro de los rangos de edad, que comprenden entre 51 a 60 y 61 a 70 años de las personas que asistieron al Centro de Salud Clínica de Especialidades número 2, la asistencia por parte de mujeres fue mayor que de hombres, aunque para esta investigación se contó con una muestra semejante del 50% para hombres y mujeres.

Los datos expuestos en relación al sexo y la edad concuerdan con lo reseñado en la literatura considerando que la frecuencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 se incrementa con la edad. Las demandas por parte de diabéticos entre las edades comprendidas entre los 50 y 79 años indican la demanda del servicio en el Centro de Salud Clínica de Especialidades número 2 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

### **Tiempo de diagnóstico**

Para fines descriptivos en la presente investigación, se agrupó en rangos el tiempo de diagnóstico, observando que la mayor parte correspondió al grupo comprendido entre los 6 a 10 años (40%) y el grupo entre 1 a 5 años (24%) los cuales fueron los de mayor porcentaje, aspecto que contrasta con lo reportado por López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda (2003) quienes reportan que el mayor porcentaje en tiempo de diagnóstico fue de 1 a 5 años con el 52.7%, mientras que de 6 a 10 años fue de 21.3%, lo que difiere casi de forma inversa con la presente investigación, cabe tomar en cuenta que los antes mencionados podría deberse a una mayor asistencia por parte de mujeres a la unidad de atención médica, lo que les podría brindar más oportunidades para acceder a la información y capacitación con respecto a la diabetes, lo que explica su mejor dominio con respecto a los hombres; así mismo cabe mencionar que en la fuente consultada existe un porcentaje intermedio del 26.0% para mayores de 10 años en tiempo de diagnóstico. Lo anterior se encuentra apoyado en el estudio presentado por De Los Ríos, Santiago & Rojas (2005). Mientras lo reportado por

Machado-Alba, Moncada-Escobar & Gaviria (2009) en un estudio colombiano, coincide más con los resultados de la presente investigación, ya que se indica que la edad de los pacientes diabéticos diagnosticados era mayor a los diez años de promedio de diagnóstico y el sexo predominante era el femenino sobre todo en las edades avanzadas. Así mismo en un estudio realizado en el IMSS (México) por parte de Lauro, José & Sosa (2004); respecto a los hallazgos que coinciden y soportan los datos obtenidos en la presente investigación también se reporta el estudio presentado por Del Valle (2009), donde la muestra por diabetes mellitus tipo 2 se incrementa con la edad en ambos sexos, siendo predominante el sexo femenino sobre el masculino. En otro estudio realizado en Brasil por Zanetti (2007) se reporta que el tiempo de diagnóstico es mayor a partir de los cinco años, hecho que coincide también con la presente investigación, lo que podría indicar que en los estudios antes referidos cabría la posibilidad de que después de cinco años del diagnóstico se genera una predisposición en la modificación en el estilo de vida y seguir las indicaciones médicas con el fin de mejorar su evolución, preservar la función y prolongar la vida.

Además, en el presente estudio se observó que en el tiempo de diagnóstico en el grupo comprendido entre los 11 a 15 años los participantes recurrieron en mayor proporción al apoyo profesional y a la reevaluación positiva, marcando una mínima diferencia entre ellos, estrategias que les permiten generar conductas efectivas que resultan en un mejor control de su enfermedad; lo trascendental de este hecho es que el sujeto desarrolle una mejor actitud ante los problemas y situaciones estresantes que la Diabetes Mellitus tipo 2 le puedan generar, en cada caso, aquella manera de enfrentar del modo más realista las demandas de ajuste que se requieran, a partir de una reevaluación lo más objetiva posible de la fuente de tensión, una manera que demuestre que los pacientes buscan aprender de las dificultades que la enfermedad les genera.

Pero en esta búsqueda de aprender de las dificultades que genera la enfermedad se origina un conflicto emocional para la persona que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por la cronicidad de la enfermedad e involucra sentimientos y reacciones emocionales que el equipo de salud debe ser capaz de manejar.

Es importante comprender cómo la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 se percibe así misma, en su convivencia con las diversas limitaciones producto del cuidado de su tratamiento y cambios permanentes en su estilo de vida, es decir, concebir a la persona con diabetes como un ser integral dotado de comprensión, emociones y acciones. En la misma medida en que se logre dicha comprensión, se avanzará en el cuidado humanizado, con un impacto efectivo en la atención del paciente.

## **Secuelas**

En cuanto a las secuelas por la enfermedad se observó que la mayoría de los participantes (79%) presentaron síntomas de inicio, como es la poliuria, la polidipsia, pérdida de peso, astenia, entre otros síntomas característicos, mostrando que el rango de edad donde se presenta con mayor frecuencia fue en el grupo comprendido entre los 20 a 30 años, aunque cabe mencionar que la diferencia de edades con los otros grupos es mínima, lo que nos muestra que en los participantes diabéticos, independientemente de la edad, tienden a reconsiderar su situación de salud y a desarrollar estrategias para enfrentar la enfermedad.

En cuanto a otra de las secuelas más frecuentes en la diabetes se mencionó la pérdida de peso, que en la mayoría de los pacientes se encontró con algún grado de obesidad a la hora de su diagnóstico y por causa de la enfermedad fueron perdiendo peso, hecho reportado con el 79% en los síntomas de inicio, esta pérdida de peso se produce como consecuencia de la pérdida de glucosa con la orina, donde parte de los hidratos de carbono que toma el diabético no pueden ser utilizados por el organismo y se pierde con la orina, por lo que adelgaza. Hecho que coincide con lo reportado por Otero, Zanetti & De Souza Teixeira (2007) donde se indica que existe una relación directa entre el sobrepeso y la resistencia a la insulina; es necesario considerar que en algunos casos hay que tomar en cuenta el factor genético o hereditario que constituye en algunos casos con un obstáculo para el alcance de metas tanto del profesional de la salud como para el mismo paciente, ya que el paciente se encuentra influido por diversos factores ambientales, como la alimentación, el sedentarismo y el tabaco.

También dentro de los síntomas de inicio cabe mencionar la astenia, la cual se produce al carecer de la absorción de la glucosa, las células musculares no tienen la energía necesaria para contraerse bien, conociendo el papel fundamental que juega la glucosa en la fisiología muscular, se comprende que la actividad motriz está comprometida, en esta astenia pueden observarse todos los grados, desde una discreta disminución en el rendimiento, hasta la postración que impide todo esfuerzo. Es quizá por esto, que los participantes en la presente investigación hicieron referencia de algún grado de fatiga como consecuencia del diagnóstico de la enfermedad.

En cuanto al trastorno visual, visión borrosa, se debe a una deshidratación en el cristalino, la cual modifica la curvatura y hace que el miope mejore su miopía y que el que tiene presbicia o hipermetropía empeore sus trastornos. Estos fenómenos se corrigen con la mejoría de la diabetes y el restablecimiento del equilibrio hidromineral en el enfermo. Cabe mencionar que dentro de la población en estudio

se presentó un elevado porcentaje (79%) dentro de los síntomas de inicio con esta afección y quienes hicieron mención que su visión iba siendo cada vez más débil con el paso del tiempo aun y cuando tuvieron un control con su nivel de glucosa en la sangre.

### **Análisis diferencial**

En primer término se comparó el promedio de los puntajes de cada uno de los diferentes estilos de afrontamiento entre la población de hombres y mujeres en el presente estudio, obteniendo tal y como se muestra en la tabla 6, aun cuando en todos los estilos de afrontamiento advertidos, las mujeres mostraron una tendencia a presentar puntajes más altos que los hombres, únicamente en lo referente al estilo de afrontamiento de *apoyo social* se observó un puntaje estadísticamente significativo más alto en la mujeres, lo que nos lleva a demostrar/inferir que quizá las mujeres tienden a hablar con alguien más para saber de la situación, aceptación y comprensión de alguien más.

El apoyo social es entonces un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que ocasiona una enfermedad, en este caso la diabetes. Las situaciones adversas que generan estrés en el individuo y se acompañan de un cambio vital, alcanzan la categoría de acontecimientos vitales estresantes siendo un obstáculo para el cumplimiento del régimen terapéutico (Ponce, Velázquez, Márquez, López y Bellido, 2009).

Por el contrario en el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos de que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.

Así, el apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares. Se describe como “un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”.

Con respecto a la comparación entre los diferentes estilos de afrontamiento, en cada una de las secuelas de la diabetes, se observó que los participantes que presentaron únicamente síntomas de inicio, fueron quienes obtuvieron el puntaje

más alto, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el factor de “Autocontrol”, significando que la persona piensa en un plan de acción para resolver el problema.

Al igual que sucede con muchas otras afecciones médicas crónicas, la diabetes requiere de una mezcla de atención médica por parte de un equipo profesional y un control por parte de la persona con diabetes, que debe cuidar atentamente la dieta, mantener un horario riguroso de automedicación, realizarse análisis frecuentes del azúcar en sangre, seguir un régimen de ejercicios y asistir periódicamente a una clínica para su atención y control.

El autocontrol ha demostrado sus efectos benéficos sobre el control metabólico de la enfermedad, así como su capacidad para predecir las hipoglucemias y para que el paciente tome mayor conciencia de su enfermedad. Sin embargo, habría que diferenciar el del autocontrol del autoanálisis, que es la medición que realiza el propio paciente de su glucemia y el autocontrol es el proceso por el cual el paciente tras realizar el autoanálisis, toma decisiones acerca del tratamiento de su diabetes.

El autoanálisis está indicado para proporcionar datos de la glucemia al paciente y al equipo médico que ayuden a la toma de decisiones sobre el tratamiento o para contribuir al autocontrol del propio paciente, y por ello solo debe recomendarse cuando tanto el paciente como los profesionales de la salud que los atiendan tenga:

- Conocimientos y habilidades suficientes para el manejo del tratamiento de la diabetes.
- Firme voluntad de incluir el autoanálisis y el autocontrol como parte integral del tratamiento de la enfermedad.

La necesidad del autoanálisis debe valorarse desde el mismo momento del diagnóstico de la diabetes como apoyo a la educación y como instrumento para el ajuste del tratamiento inicial (IDF, 2009).

Para el autocontrol, el autoanálisis por sí solo no es suficiente, por lo que se requiere un programa de educación en diabetes específico y estructurado, por ello el autocontrol es parte fundamental de todos los programas de educación en diabetes (Vital & Jansá, 2010).

Referente a los grupos formados por edades en los estilos de afrontamiento, cabe mencionar que los dos grupos (20 a 30 años y 31 a 40 años) representaron un mayor puntaje promedio, en los factores “Reevaluación positiva” y “Apoyo social”, respectivamente, resultó estadísticamente significativa para cada grupo.

En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. Así, en la mayoría de los casos cuando el diabético han notado algunos de los estragos visibles en su salud ocasionados por la enfermedad, cabe destacar que los estilos más utilizados por los participantes fueron la reevaluación positiva y el apoyo profesional.

En cuanto a la Reevaluación positiva se sugiere que hay que modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado, como un estímulo para el desarrollo personal.

Mientras que para el Apoyo social nos lleva a acudir a otras personas cercanas (pareja, familiares, amigos), organizaciones (peticiones) o grupos (organizando o formando parte de ellos), profesionales (abogados, psicólogos, médicos, etc.) o líderes espirituales, para buscar apoyo instrumental, información, apoyo emocional o apoyo espiritual. Implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ello.



## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

En esta investigación se logra identificar los estilos de afrontamiento que emplean las personas que participaron en este estudio que fueron diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2. En primer término se comparó el promedio de los puntajes de cada uno de los diferentes estilos de afrontamiento entre la población estudiada en la presente investigación. Los resultados obtenidos sugieren lo siguiente:

- Las mujeres mostraron una tendencia a presentar puntajes más altos que los hombres, en el estilo de afrontamiento de **apoyo social**, lo que nos indica que quizá las mujeres tienden a hablar con alguien más para saber de la situación, aceptación y comprensión de familiares o personas de su alrededor.
- Se observó que el **apoyo social** tiene una influencia positiva sobre la experiencia en el cuidado de las enfermedades crónicas, así como en los cuidadores.
- Los participantes que presentaron únicamente síntomas de inicio mostraron mayor **autocontrol** lo que significa que la persona piensa en un plan de acción para resolver el problema.
- Se observó que en el grupo que fue diagnóstico entre 11 y 15 años demandaron en mayor proporción al **apoyo profesional** y a la **reevaluación positiva**, existiendo entre ellos una mínima diferencia, estrategias que les permitieron generar conductas efectivas y que obtiene como resultado un mejor control de su enfermedad. Lo trascendental de este hecho es que el sujeto desarrolle una mejor actitud ante los problemas y situaciones estresantes que pudieran generarse ante la enfermedad.
- Mientras que por edades, en los estilos de afrontamiento, en los grupos comprendidos entre 20 a 30 años y en 31 a 40 años, mostraron mejores estrategias de afrontamiento en los factores **reevaluación positiva** y **apoyo social**, respectivamente.

En la mayoría de los casos, cuando el diabético ha notado algunos de los estragos visibles en su salud ocasionados por la enfermedad, el estilo de afrontamiento más utilizado fueron la **reevaluación positiva** y el **apoyo profesional**.

## REFERENCIAS

- Aguilar, R. (Ed) (2010). *Diccionario de sexualidad* Tomo 2. México: Editorial Del Valle de México.
- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Alfaro M., L. B. (2001). *Estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Álvarez, F. (2001). *Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica*. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.
- Arraras, J. L., Wriht, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I. (2002). *Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cáncer and other diseases*. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 181-187.
- Arrigada, Irma (2002). *“Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas”*, *Revista de la CEPAL*, NÚM. 77, PP. 143-161.
- Arroyo Rojas Da Silva, Magdalida; Bonilla Muñoz, Martha Patricia y Trejo González, Luis, (2005). *Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético*, en *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, año 38, núm. 2, Universidad Iberoamericana, México.
- Atkinson, W. (2004). *Stress. Risk Management*. Pp. 20-25.
- Badia, X. & Lizán, L. (2003). *Estudios de calidad de vida*. En A. Martín & J. F. Cano (Eds.). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, España: Elsevier.
- Beltrán, O. A. (2009). *La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo*. *Aquichan* 2009; (1): 50-63.
- Bocanegra, A. A., Acosta, G. R. I., Bocanegra, G. V., Flores, G. G. (2008). *“estrés y calidad de vida en el paciente diabético”*. Plaza y Valdés (Eds). *Diabetes temas relevantes y trabajos de investigación*. Reynosa Tamaulipas, México.

- Bombardier, C. H., D'Amico, C. & Jordan, J. S. (1990). *The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment*. Behavioral Research and Therapy, 28, 297-304.
- Bradley, C. (1997). *Diabetes Mellitus*. En A. Bau, S. Newman, J., Weinman, R., West y C. McManus (Eds.), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp 432-439). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). *Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients*. Pain, 31, 53-64.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Woolston, K. A. (1989). *Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 652-657.
- Buelow, M. J. (1991). *A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis*. Journal of Neuroscience Nursing, 23, (4), 247-252.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 2. Madrid, España: Siglo XXI Editores S. A.
- Calvanse, N., Feldman, L. & Weisinger, J. (2004). *Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis*. Nefrología Latinoamericana, 11, 2, 49-63.
- Carrobes, J. A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH*. Psicothema, 15, 420-426.
- Castro, R. y Casique, I. (2006). *"Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes"*, Informe Nacional sobre Violencia y Salud, México, Secretaría de Salud, pp. 123-166.
- Cerón, P. (2006). *"Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003"*, Salud Pública de México, núm. 48, pp. 332-340.
- Chayaput, P. (2004). *Development and psychometric evaluation of the thai versión of the coping and adaptation processing scale*. Boston: Boston College, William F. Connell, Graduate School of Nursing. AAT 3135960, 2004. Pp. 22-27.

- Choi, B. (2005). *“Enhancing Regional Capacity in Chronic Disease Surveillance in the Americas”*, Pan American Journal of Public Health, vol. 17, núm. 2, pp. 130-144.
- Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). *Psychological Factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 712-734.
- Cohen, F. & Lazarus, R. (1973). *Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery*. Psychosomatic Medicine, 35, 375-389.
- Cohen, R. y Lazarus, R. S. (1979). *Coping with the stresses of illness*. En G. C. Stone, F. Cohen y N. E. Adler (eds.), Health Psychology: A Handbook, 217-254. San Francisco: Jossey-Bass.
- Collière, Marie-Françoise (1993). *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a la práctica de la enfermería*, Madrid, Interamericana/McGraw-hill.
- Compeán Ortiz, Lidia Guadalupe y Gallegos Cabriales, Esther, (2008). *“Función cognitiva y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2”*, en Tu Revista Digital, vol. 3 núm. 1, Revista Digital de la Universidad Autónoma de Tabasco, México.
- Contreras, F.; Esguerra, G. A., Espinosa, J. C. y Gómez, V. (2007). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis*. Acta colombiana de Psicología 10 (2): 169-179.
- Cortazar, J. (2003). *Calidad de vida en pacientes diabéticos*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Courtenay, W. (2000). *“Constructions of Masculinity and their Influence on Men’s Well-Being: a Theory of Gender and Health”*, Social Science and Medicine, núm. 50, pp. 1385-1401.
- Cronqvist, A., Klang, B. & Bjorvell, H. (1997). *The use and efficacy of coping strategies and coping styles in a Swedish sample*. Quality of life research, 6, 87-96.
- Cruz-Bello, Patricia; Vizcarra-Bordi, Ivonne; Kaufer-Horwitz, Martha; Benítez-Arciniega, Alejandra Donají; Misra, Ranjita; Valdéz-Ramos, Roxana. (2014). *Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México*. Papeles de Población, Abril-Junio, 119-144.

- Da Silva, I., Melo, S., Castanheira, L. (2008). *Red y Apoyo Social en Enfermería Familiar: revisión de conceptos*. Revista Latinoamericana en Enfermería. 16: 1-4.
- Davis TM, Stratton IM, Fox CJ (1997). *Prospective diabetes study 22. Effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM*. Diabetes Care (1435-1441).
- De Genova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A. & MacDermid, M. (1994). *Ways of coping among HIV- infected individuals*. The Journal of Social Psychology, 134, 655-663.
- De Los Ríos Castillo, J. L., Santiago, P. B., & Rojas, T. L. Á. (2005). *Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética*. Rev Méd Hop Gen Méx, 68(3), 142-154.
- De Robertis, Cristina (2003). *Fundamentos del trabajo social ética y metodología*. València, España. Ed. Universitat de València.
- Del Valle M. (2009). *Epidemiología de la diabetes*. En: XIX Congreso Latinoamericano de Patología Clínica/ML. La Habana: ALAPAC; 2009. p 1-54.
- Downe-Wamboldt, B. (1991). *Coping and life satisfaction in elderly women with osteoarthritis*. Journal of Advanced Nursing, 16, 1328-1335.
- Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). *Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina*. Salud Pública de México, 42, 56-64.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). *Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*. Journal of Consulting Clinical Psychology, 52, 343-353.
- Fernández, M. D. & Díaz, M. A. (2001). *Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos*. Revista de psicopatología y Psicología Clínica, 6, 129-136.
- Flanagan, J. (1978). *A research approach to improving our quality of life*. American Psychologist, 33, 138-147.
- Folkman y Lazarus (1980). *An analysis of coping in a middle aged community sample*. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.

- Freud, Anna (1961). *Mecanismos de defensa*. En Paidós Iberia (Eds.). *El yo y los mecanismos de defensa*, (pp 51-62). Barcelona, España.
- Funkenstein, D. H., King, S. H., & Drolette, M. E. (1957). *Mastery of stress*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Garay-Sevilla, E. Malacara, G. R., González, E., (1999). *Denial of disease in type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors*. Diabetic Medicine. Pp. 238-244.
- Garrat A., Schmidt, L., Fitzpartrik, (2002). *Patient-assesses health outcome measures for diabetes: A structures review*. Diabetic Medicine 2002; 19: 1-11.
- Gatchel, R. J. & Turk, D. C. (1999). *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. New York, NY, EEUU: Guilford Press.
- Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S., Ortega & Pérez, V. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis*. Nefrología, 23, 528-537.
- Goberna O, R. (1995). *La insulina de la Biología a la Patología Molecular*. Salamanca, España. Editorial: EUROPA Artes gráficas, S. A.
- Goldstein, M. J. (1959). *The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda*. Journal of abnormal and Social Psychology, 58, 247-252.
- Goldstein, M. J. (1973). *Individual differences in response to stress*. American Journal of Community Psychology, 1 113-137.
- Gómez, L., Lucumí, D., Girón, S. y Espinosa, G. (2004). *“Conglomeración de factores de riesgo de comportamientos asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género”*, Revista Española de Salud Pública, núm. 78, pp. 493-504.
- Gordon, M. (2003). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Ed. 10<sup>a</sup>. España: Mosby.
- Griswold, G., Evans, S., Spielman, L. & Fishman, B. (2005). *Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy*. AIDS Care, 17, 711-720.

- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. & Knebel, A. (2001). *Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency*. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.
- Gutiérrez, C., Veloza, M., Moreno, M., Durán, M. M., López, C., Crespo, O. (2007). *Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy*. *Aquichán* 2007; 7 (1): 54-63.
- Haan, N (1977). *Coping and defending: processes of self-environment organization*. Nueva York: Academic Press.
- Haan, N. (1969). *A tripartite model of ego functioning: Values and clinical research applications*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 14-30.
- Harris, M. I., Klein, R., Welborn, T. A. y Knudman, M. W. (1992). *Onset of NIDDM occurs at least 4-7 years before clinical diagnosis*. *Diabetes Care*, 15, 815-819.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (Cuarta edición). Pps. 211-216 y 351- 352. Ed. McGraw-Hill. México.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). *Psychosocial aspects of dialysis therapy*. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.) review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel. EEUU: Mosby Inc.
- Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (1993). *Coping strategies in major depressed agoraphobic and comorbid in patients: a longitudinal study*. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 143-155.
- Holmström, I. y Rosenqvist, U. (2005). *"Misunderstandings about Illness and Treatment among Patients with Type 2 Diabetes"*, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, núm. 2, pp. 146-154.
- Huenchuan, S. (2003). *Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile*. *Notas Pobl.* 30 (77): 103-137.
- Hume, A. L. (1989). *Applying quality of life data in practice: Consideration for antihypertensive therapy*. *Journal of Family Practice*, 28, 403-407.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Dirección de estadísticas demográficas y sociales. Cuaderno núm. 19, México: INEGI; 2002.

- Instituto Nacional de Salud Pública (2003). *Encuesta nacional de salud 2000*. La salud de los adultos; tomo 2, México.
- International Diabetes Federation (IDF), (2009).
- Islas A., Lifshitz G. (1999). *Patogenia, cuadro clínico y diagnóstico de la diabetes tipo 2*. México: McGraw Hill Interamericana.
- K.-S.Kim, S.-K.Kim, Y.-K.Lee, S.-W.Park and Y.-W.Cho (2008). *Diagnostic value of glycated haemoglobin (HbA<sub>1c</sub>) for the early detection of diabetes in high-risk subject*. Diabet Med. 2008; 25(8):997-1000.
- Kaplan, N. (2002). *Clinical Hypertension* (8<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Pp. 258. Ed. McGraw-Hill. México.
- Khechane, N. & Mwaba, K. (2004). *Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients*. Social Behaviour and Personality, 32, 777-782.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives*. New York, NY, EEUU: Basic Books.
- Knight, S. J. y Camic, P. M. (1998). *Health psychology and medicine: The art and science of healing*. En P. Camic y S. Knight (Eds.). Clinical Handbook of Health Psychology (pp. 3-15). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kohn, P. M., Hay, B. D. & Legere, J. (1994). *Hassles, coping styles and negative well-being*. Personality and Individual Differences, 17, 30-35.
- Krohne, H. W. & Rogner, J. (1982). *Repression-sensitization as a central construct in coping research*. En H. W. Krohne & L. Laux (Eds.). Achievement, stress and anxiety. Washintong, DC: Hemisphere.
- Lane, J., McCaskill, C., Parekh, P., Fleinglos, M., Surwit, R., (2000). *Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes*. Diabetes care 2000. Pp. 1321-1325.
- Lauro, J., José, J., & Sosa, S. (2004). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. RevMed IMSS, 42(2), 109-116.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: Mc Graw Hill.



- Lazarus, R. (1984). *Puzzles in the study of daily hassles*. Journal of Behavioral Medicine. 7, 375-389.
- Lazarus, R. (1990). *Theory-based stress measurement*. Psychological Inquiry. 1, 1, 3-13.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1991a). *Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion*. Merican Psychologist, 46, 819-834.
- Lazarus, R. S. (1991b). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., y Cohen, J. B. (1977). *Environmental stress*. En I. Altman y J. F. Wohlwil (Eds.), Human behavior and the environment: Current theory and research. Nueva York: Plenum.
- Lazcano Ortiz, Margarita, Salazar González Bertha Cecilia (2007). *Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Universidad La Sabana, Aquichan, 7(1), pp. 77-84.
- Lazcano Ortiz, Margarita; Salzar González, Bertha Cecilia; Gómez Meza, Marco Vinicio (2008). *Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Arquichan, abril, año/vol. 8, número 001. Universidad de La Sabana, Chía, Colombia. Pp. 116-125.
- Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Giddens, Bucher (2004). *Enfermería médicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos*. Ed.: 6<sup>a</sup>. Madrid: Mosby.
- Lindqvist, R. & Sjöden, P. (1998). *Coping strategies and quality of life among patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis*. Journal of Advanced Nursing, 27, 312-319.
- Lindqvist, R., Carlsson, M. & Sjöden, P. (2000). *Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and trasplant patients*. Journal of Advanced Nursing, 31, 1398-1408.

- Lint, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M. y Kuo, W. (1979). *Social support, stressful life events, and illness: A model and empirical test*. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.
- López E., Marvan, M. L. (2004). *Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos*. Salud Pública de México 2004. 46(3): pp. 216-221.
- López I, Mendoza M, Rodríguez C, Álvarez L. (2009). *Características Clínicas de pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Centro de Salud Familiar "Chiguay"*. Revista Anacem. 2009; 3(1).
- Lubkin, I. M. (1998). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston, MA, EEUU: Jones and Bartlett.
- Malacara, J. Manuel (2003). *El enigma de las causas de la diabetes mellitus tipo 2*. Acta Universitaria, enero-abril, año/vol. 13, número 001. Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México. Pp 5-17.
- Matheny, K. B., Aycocock, D. W., Pungh, J. L., Curlette, W. L. & Silva-Cannella, K. A. (1986). *Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment*. Counselling Psychologist, 14, 499-549.
- McCloskey, J., Bulechek, G. (2005). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Ed. 4ª. Madrid: Mosby; 2005
- McCracken, L. M., Goetsch, V. L. & Semenchuk, E. M. (1998). *Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: Immediate assessment following a specific pain event*. Behavioral Medicine, 24, 29.
- Mechanic, D. (1977). *Illness behavior, social adapting, and the management of illness*. Journal of Nervous and Mental Disease, 165, 79-87.
- Menéndez Torre, E., Tartón García, T., Ortega Millán, C., Fornos Pérez, J. A., García Mayor, R., & López Fernández, M. L. (2012). *Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes*. Avances en Diabetología, 28(1), 3-9.
- Menninger, K. (1963). *The vital balance: the life process in mental health and illness*. Nueva York: Viking.
- Miller, S. M. (1980). *When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring vs blunting*. En S. Levine & Ursin (Eds.), Coping and health. Nueva York: Plenum.

- Mok, E. & Tam, B. (2001). *Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong*. Journal of clinical nursing, 10, 503-511
- Moos, R. (Ed.) (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Mújica Vargas, Yuridia (2009). *Factores asociados a la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en las delegaciones Iztapalapa y Coyoacán del Distrito Federal durante el periodo 1998 1 2004*. Tesis de especialidad. Facultad de medicina, UNAM.
- Mulder, C., Vroome, E., Van Griensven, G., Antoni, M. & Sandford, T. (1999). *Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men*. Health Psychology, 18, 107-113.
- Namir, S., Wolcott, D., Frwzy, F. & Alumbaugh, M. (1987). *Coping with AIDS: psychosocial and health implications*. Journal of Applied Social Psychology, 17, 309-328.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y Familia manual de intervención psicosocial*, Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Oakland, S., Ostell, A. (1996). *Measuring coping: A review and critique*. Human Relations; 49(2): 133-155.
- Ogihara, T., Nakagawa, M., Ishikawa, H., Takeda, K., Nagano, M., Sasaki, S., Kagoshima, T. y Higashimori, K. (1992). *Effect of manidipine, a novel calcium channel blocker, on quality of life in hypertensive patients*. Blood Pressure, Supplement, 3, 135-139.
- Olvera, O. G. (2004). *Rasgos de personalidad en madres maltratadoras y no maltratadoras a través de cuatro escalas del MMPI-2*. Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Distrito Federal, México.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1986). *“Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”, Ottawa, 21 de noviembre.
- Osterhaus, J., Townsend, R. y Ware, J. (1994). *Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache*. Headache, 34, 337-343.

- Otero, L. M., Zanetti, M. L., & de Souza Teixeira, C. R. (2007). *Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(spe), 768-773.
- Oto, A., Muñoz, R., Barrio, R., Pérez, M. & Matad, T. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: influencia del estado de ansiedad-depresión y de otros factores de co-morbilidad*. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona, España: Hospital.
- Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). *Loneliness, spiritual well-being and the quality of life*. En: Peplau LA, Perlman D (eds). Loneliness: a source-book of current theory, research and therapy. New York: Wiley.
- Pamplona, Francisco (2006). *"Violencia institucional"*, Informe Nacional sobre Violencia y Salud, México, Secretaría de Salud, pp. 241-292.
- Pargament, K. L.; Smith, B. W.; Koenig, H. G & Pérez, I. (1998). *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors*. J Sci Study Religion; 37, 710-724.
- Parra, M. (2008). *Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en las UCI*. En Enfermería Cardiovascular. Bogotá: Distribuna; 2008. Pp. 251-259.
- Pearling, L. & Schooler, C. (1978). *The structure of coping*. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.
- Polaino-Lorente, A., Gil Roales-Nieto, Jesús (1990). *Introducción al estudio de la diabetes*. La diabetes (pp. 17- 39). Barcelona, España. Editorial: Martínez Roca.
- Pollock, S., Christian, B., Sands D. (1990). *Responses to chronic illness: Analysis of psychological and physiological adaptation*. Nursing Research 1990; 39 (5): 300-304.
- Ramírez Goiz, Lucia (2008). *Conocimiento de la neuropatía diabética y acciones no realizadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención*. Tesis de especialidad. Facultad de medicina, UNAM.
- Remor, E. (2000). *Infección por VIH y SIDA: características psicológicas y adhesión al tratamiento*. Disertación Doctoral no publicada, UAM, Madrid, España.

- Reyes, A. (2003). *Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis*, Ciudad Habana. Tesis de maestría, Escuela Nacional de Salud Pública, Santiago de Cuba.
- Richardson, C. & Poole, H. (2001). *Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models*. Journal of Advanced Nursing, 34, 659-667.
- Rincón, F. (2007). *El cuidado de la salud y de la vida en servicios de la salud altamente tecnificados*. En: Grupo de Cuidado. Cátedra Manual Ancizar. Cuidado de la vida. Bogotá: unibiblos; 2007. Pp. 117-140.
- Rivera, L. N. (2008). *El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte*. Av Eferm 2008; 26 (1): 124-133.
- Rivera-Ledesma, A; Montero-López, M. & Sandoval-Ávila, Rosalba (2012). *Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal*. Salud mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México. Vol. 35, núm. 4 Julio-agosto, 2012, pp. 329-337
- Robbins, M., Elias, M., Croog, S. y Colton, T. (1994). *Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive woman*. Psychosomatic Medicine, 56, 251-257.
- Rodríguez, M., Martha, G. R., Jesús, F. (1997). *Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia*. Salud Pública. Pp. 1-7.
- Roy, C. (2004). *Coping and adaptation processing scale (CAPS)*. En prensa.
- Roy, C., Andrews, H. (1999). *The Roy Adaptation model*. 2 ed. Stanford, CT: Appleton & Lange. Pp. 31-48.
- Rubin, Gayle (1986). "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo", en Marta Lamas (comp.), *El género*. La construcción cultural de la diferencia sexual, México, PUEG-UNAM/Porrúa, pp. 35-96.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long term therapies: Evidenc for action*. Ginebra: World Health Organization.
- Sáinz de la Maza Viadero, María Elena (2008). *Diabetes: más común de lo que creemos. ¿Estamos preparados para dar un servicio adecuado a personas con diabetes?* [Versión electrónica]. Hospitalidad ESDAI, pp. 71-90.

- Salcedo Rocha, Ana Leticia; García de Alba García, Javier; Frayre Torres, María José y López Coutino, Berenice, (2008). “*Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención*”, en Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 1 núm. 46, Instituto Mexicano del Seguro Social México.
- Salles, V. y Tuirán, R. (1998). “*Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México*”, en Beatriz Schmuckler (coord.), Familias y relaciones de género en transformación, México, The Population Council/Edamex, pp. 83-126.
- Samaniego Garay, Rafael Armando y Álvarez Bermúdez, Javier, (2006). “*Control de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Una muestra regiomontana*”, en Psicología y Salud, vol. 16, núm. 1, Universidad Veracruzana, México.
- Sánchez, B. (2002). *El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina*. Actualiz enferm 2002; 5 (1): 13-16.
- Sánchez, H. B. (2004). *Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte*. Revista Aquichan, 4, pp. 6-9.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud*. En G. Rodríguez y M. Rojas (Eds.), La Psicología de la salud en América Latina (pp. 33-44). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002b). *Treatment adherence: the role of behavioral mechanisms operating through health care interventions*. Revista Mexicana de Psicología, 19, 85-92.
- Santrock, John W (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid, España. Ed. McGraw Hill.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B. y Judd, L. J. (1996). *Functioning and well-being of patients with panic disorder*. American Journal of psychiatry, 153, 213-218.
- Shesla, C., Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J., Gilliss, C., (2003). *Family predictors of disease management over one year in Latino and European American patients with type 2 diabetes*. Family process 2003; pp. 1375-1390.

- Sigurdardóttir, Á. (2005). "Self-Care in Diabetes: Model of Factors Affecting Self-Care Management", *Journal of Clinical Nursing*, núm. 14, pp. 301-314.
- Sousa, V. y Zauszniewski, J. (2005). "Toward a Theory of Diabetes Self-Care Management", *The Journal of Theory Construction and Testing*, vol. 9, núm. 2, pp. 61-67.
- Spielberger & díaz-Guerrero (1975). *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)*. México, D. F.: El Manual Moderno.
- Spiers, N; Jagger, C; Clarke, M & Arthur, A. (2003). "Are gender differences in the relation-ship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom". *Gerontologist* 43(3):406-411.
- Surwit, S. R., Van Tilburg, A. M., Zucker, N., McCaskill, C., Parekh, P., Feinglos, M., Edwards, Ch., Williams, P., Lane, J. (2002). *Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes*. *Diabetes care*. Pp. 30-34.
- Toljamo, M. y Hentinen, M. (2001). "Adherence to Self-Care and Glycaemic Control among People with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, núm. 6, pp. 780-786.
- Trief, P., Himes, C., Orendorff, R., Weinstock, R. (2001). *The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes*. *Diabetes Care* 2001; 24 (8): 1384-1389.
- Trujillo Olivera, Laura Elena; Nazar Beutelspacher, Austreberta; Zapata Martelo, Emma y Estrada Lugo, Erin, (2008). "Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir", en *Papeles de Población*, vol. 14, núm. 58, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Valderrabano, F., Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). *Quality of life in end-stage renal disease patients*. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 3, 443-464.
- Van der Zaag-Loonen, H., Grootenhuis, M., Last, B & Derkx, H. (2004). *Coping strategies and quality of life adolescents with inflammatory bowel disease*. *Quality of life Research*, 13, 1011-1019.
- Velasco, C. L. y Sinibaldi, G. J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.

- Velázquez, M. O., Rosas, P. M., Lara, E.A., Pastelín, H. G., Grupo ENSA 2000, Attie, F. y Tapia, C. R. (2002). *Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000*. Archivos de Cardiología de México, 72, 71-84.
- Veloza M., Moreno M. E., Crespo, O., Gutiérrez, E. (2007). *Proceso de afrontamiento y adaptación*. En Gutiérrez, M. Universidad de La Sabana. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá: El Manual Moderno; 2007. Pp. 117-140.
- Vidal, M. & Jansà, M. (2010). *Self-monitoring of blood glucose and therapeuticeducation in diabetes*. Av Diabetol. 2010;26 Suppl 1:15-28.
- Vinaccia, S. & Orozco, M. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas en enfermedades crónicas*. Diversitas, 1: 125-137.
- Von Strauss, E; Agüero-Torres, H; Kareholt, I; Winblad, B. Fratiglioni (2003). *“Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project”*. Journal of Clinical Epidemiology 56(7):669–677.
- Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I. & Poum, T. (1999). *Coping and quality of life in patients with psoriasis*. Quality of life Research, 8, 427-433.
- Welch, J. L. & Austin, J. K. (2001). *Stressors, coping and depression in haemodialysis patients*. Journal of Advanced Nursing, 33, 200-207.
- Whetsell, Frederickson, Aguilera & Maya (2005). *Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores*. Revista Aquichan 2005; 4(1): 73-85.
- Woby, S., Watson, P., Roach, N. & Urmtom, M. (2005). *Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control?* Journal of Rehabilitation Medicine, 37, 100-107.
- Wolf, T., Balson, P., Morse, E., Simon, P., Gaumer, R., Dralle, P. & Williams, M. (1991). *Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons Implications for clinical management*. Journal of Clinical Psychiatry, 52, 171-173.
- World Health Organization. (1994). *Prevention of diabetes mellitus. Report of a Who Study Group*. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844



Wu, Ch., Lee, Y., Baig, K. & Wichaikhum, O. (2001). *Coping behaviors of individuals with chronic obstructive pulmonary disease*. *Nursing*, 10, 315-320.

Zavala, M. R., Martínez, O. V. & Whetsell, M. V. (2006). *Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos*. *Revista Arquichan*, 6, pp. 8-21.

### **RECURSOS ELECTRÓNICOS:**

Arganis, Nora (2005). *“La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, DF”*, Cuicuilco, núm. 12, pp. 11-25  
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35103302>> (21 de octubre de 2013).

Azcona, Mónica (s.f.). *¿Existe la diabetes secundaria? Yo con diabetes salud para tu familia*. Recuperado septiembre 27, 2012, de [http://www.yocondiabetes.com/abcdeladiabetes/index.php?option=com\\_content&task=view&id=346](http://www.yocondiabetes.com/abcdeladiabetes/index.php?option=com_content&task=view&id=346)

Becerra, V. (2005). *Gabinete de psicología. Trastornos por ansiedad*. Cádiz 2005 [en línea]. [Con acceso en 14/08/2005]. Disponible en <http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ANSIEDAD.html>

Cano, J. (2002). *El apego: factor clave en las relaciones interpersonales*. Psiquiatría.com consulta del 18 de junio, 2010, de <http://www.psiquiatría.com/artículos/psicología>

Casanova Moreno, María de la C et al. *Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2*. *Rev Ciencias Médicas* [online]. 2011, vol.15, n.2 [citado 2014-08-19], pp. 122-132. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000200012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200012&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3194.

Cidoncha, M. A., Estévez, L., Santiago, J., Anduela, M., Subyaga, G. & Díez de Baldeón, M. S. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis*. Recuperado el 14 de febrero de 2007 del sitio web de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica: <http://www.seden.org/files/art171.doc>

- Delgado F., María del Rosario, Romero R., Oscar Luis & Díaz B., Abel (2013). *Diabetes insípida central: presentación de un caso*. Revista Médica Electrónica. Vol. 35. Pp 45-51. ISSN 1684-1824. URL [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000100005&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000100005&nrm=iso)
- Díaz-Corral, I. B. (2013). *Afrontamiento y calidad de vida vivenciada*. Recuperado el 29 de enero del 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
- García G; Sonsoles (2015). *Mujer y diabetes ¿Cómo afecta a tu salud?* Reportaje. Recuperado en 19 de enero de 2015. De <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/rdiabetes/Mujer%20y%20diabetes.pdf>
- Gómez-Vela, M. & Sabeth, E. (2002). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado el 14 de febrero de 2007 del sitio web de la Universidad de Salamanca: <http://inicio.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- López-Carmona, Juan Manuel, Ariza-Andraca, Cuauhtémoc Raúl, Rodríguez-Moctezuma, José Raymundo, & Munguía-Miranda, Catarina. (2003). *Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Salud Pública de México, 45(4), 259-267. Recuperado el 19 de agosto del 2014, en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000400004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400004&lng=es&tlng=es)
- Loureiro P, Carolina, Martínez A, Alejandro, Fernández B, Rocío, Lizama C, Marcena, Cattani O, Andreina, & García B, Hernán. (2009). *Diabetes Insípida en Pediatría: Serie Clínica y Revisión de la Literatura*. Revista chilena de pediatría, 80(3), 245-255. Recuperado en 27 de agosto de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062009000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000300006&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0370-41062009000300006.
- Machado-Alba, J. E; Moncada-Escobar, J. C. & Gaviria, H. (2009). *Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia*. RevPanam Salud Pública. [Internet]. 2009 Diciembre [citado 2010 Jul 10]; 26(6): [Aprox. 6p]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009001200008&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001200008&lng=en).doi:10.1590/S1020-49892009001200008

- Meraviglia, M. (1999). *Critical análisis of spirituality and its empirical indicators*. Revista de enfermería holística 1999; 17(1):11-33 [en línea]. [con acceso en 23/10/2012]. Disponible en: <http://www.blackwell-sinergy.com>
- OMS México (2012). Recuperado de internet el día 4 de febrero del 2013 de la página: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Extraído el 2 de febrero, 2007 de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html)
- Ostrosky, Feggy (s.f.). *Las emociones negativas sirven de defensa y las positivas como protección*. CNN México. Recuperado en noviembre 27, 2012, de <http://mexico.cnn.com/salud/2011/02/01/las-emociones-negativas-sirven-de-defensa-y-las-positivas-como-proteccion>
- Ponce González, José María; Velázquez Salas, Antonio; Márquez Crespo, Enrique; López Rodríguez, Luis; Bellido Moreno, M<sup>a</sup> Luz. (2009). *Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes*. Index de Enfermería [IndexEnferm] (edición digital) 2009; 18(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/6985.php>> Consultado el 17 de febrero de 2015
- Rodríguez-Morán, Martha & Guerrero-Romero, Jesús Fernando. (1997). *Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia*. Salud Pública de México, 39(1), 44-47. Retrieved February 18, 2015, from [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000100007&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0036-36341997000100007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000100007&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0036-36341997000100007).
- SalamaBenarroch, Isaac y Sánchez, Gustavo Adolfo (2001). *Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2*. Rev Cubana Endocrinol [online]. 2001, vol.12, n.2 [citado 2014-08-01], pp. 0-0. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532001000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000200003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-2953.
- Secretaria de salud (2008). <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/diabetes.pdf>
- Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología (DGEPI, 2012). <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>.

- Shaw, J. E.; Sicree, R. A. y Zimmet, P. Z. (2010). *“Global Estimates of the Prevalence of Diabetes for 2010 and 2030”*, Research and Clinical Practice, vol. 87, núm. 1. Pp. 4-14  
<http://blogimages.bloggen.be/diabetescheck/attach/35622.pdf>
- Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS).  
<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Suárez R. & García R. (2005). *Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana*. Rev. Cubana Endocrina[internet]. 2005[citado julio 2014]; 16(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol16\\_2\\_05/end08205r.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol16_2_05/end08205r.htm)
- United States Renal Data System. *Annual Data Report*. (2002).  
<http://usrds.org/adr.htm>
- Zanetti, MariaLúcia (2007). *Satisfacción del paciente diabético en seguimiento en un programa de educación en diabetes*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.4, pp. 583-589. Available from:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400010&lng=en&nrm=iso)>.ISSN0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400010>.

## ANEXOS

### Anexo 1

A continuación se le presenta una serie de ESTRATEGIAS PARA HACER FRENTE A LA AMENAZA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, por favor marque con una cruz, la opción que más se acerque a lo que usted haría para hacerle frente.

Pregunta	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. Buscar información sobre el problema	1	2	3	4
2. Buscar lo positivo del problema	1	2	3	4
3. Ser optimista para seguir adelante	1	2	3	4
4. Continuar con mi vida normal	1	2	3	4
5. Inspirarme para hacer algo creativo	1	2	3	4
6. conseguir ayuda profesional	1	2	3	4
7. Cambiar o crecer como persona en sentido positivo	1	2	3	4
8. Hacer un plan de acción y seguirlo	1	2	3	4
9. Dejar que mis sentimientos salgan de alguna manera positiva	1	2	3	4
10. Hablar con otra gente para saber más acerca de la situación	1	2	3	4
11. Responsabilizarme de mis actos	1	2	3	4
12. Salir de la experiencia mucho mejor que cuando entré	1	2	3	4
13. Hablar con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema	1	2	3	4
14. Tener esperanza en la vida	1	2	3	4
15. Encontrar fe en algo nuevo	1	2	3	4
16. Prepararme para morir	1	2	3	4
17. Descubrir lo que es importante en la vida	1	2	3	4
18. Buscar alguien a quién confiarle mi problema	1	2	3	4
19. Buscar grupos de auto-apoyo	1	2	3	4
20. Resignarme a la enfermedad	1	2	3	4
21. Mantenerme firme y luchar por lo que quieres	1	2	3	4
22. Relajarme	1	2	3	4
23. Participar en movimientos pro-derechos de los enfermos con Diabetes Mellitus tipo 2	1	2	3	4
24. Buscar nuevas alternativas de curación	1	2	3	4
25. Hacer algo, esforzarme doblemente para que funcionen las cosas	1	2	3	4
26. Evitar situaciones estresantes	1	2	3	4
27. Hacer algún tipo de ejercicio	1	2	3	4
28. Meditar	1	2	3	4
29. ¿Te harías daño con la intención de quitarte la vida?	SI	( )	NO	( ) (pasa a la pregunta 30)
30. ¿Qué harías?				
31. ¿Hace cuántos años fue diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2?				