

11241  
8

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

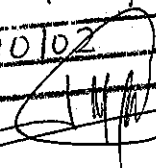
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

Tesis para obtener el diploma de  
**Especialización en Psiquiatría**

**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y  
APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.**

Envío a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcionat  
NOMBRE: Dr. José Manuel Avila Avilés

FECHA: 24/10/02  
FIRMA: 



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

Alumno: Dr. José Manuel Avila Avilés.  
Médico residente de tercer año.

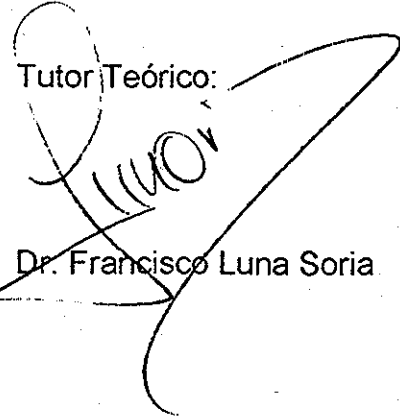
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

2002

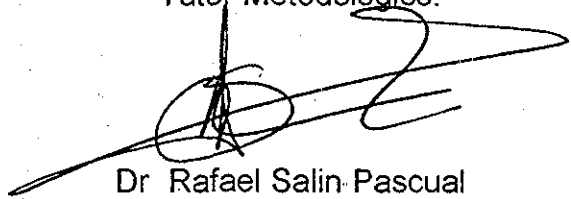
Yo. Sr.  
  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

Tutor Teórico:



Dr. Francisco Luna Soria

Tutor Metodológico:



Dr. Rafael Salin Pascual

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

# INDICE

TITULO	1
ANTECEDENTES	2
DEFINICION DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACION	15
HIPOTESIS	16
OBJETIVOS	17
MATERIAL Y METODOS	18
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	36
BIBLIOGRAFIA	44

**SINTOMAS DE DEPRESION, MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y  
APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES**

## ANTECEDENTES

La diabetes mellitus está constituida por varios síndromes. En la actualidad, no se puede hablar de una entidad clínica sino de un conjunto de padecimientos con algunas coincidencias y grandes diferencias tanto en la etiología como en la fisiopatología, complicaciones y tratamiento. Se está de acuerdo en que se trata de un problema heterogéneo, crónico, degenerativo, metabólico, hereditario, que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, que modifica el metabolismo de los carbohidratos, los lípidos, las proteínas, el agua y los minerales, y se asocia a cambios ateroscleróticos en los pequeños y grandes vasos que tardíamente producen lesiones oculares, renales y nerviosas. La diabetes es un problema frecuente y está aumentando su incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad. La diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) constituye más del 90% de los casos, los demás corresponden a la diabetes insulino dependiente (DMID) con el 0.8% al 6.6% y la diabetes gestacional. Aproximadamente del 2 al 6% la diabetes tipo adulto de inicio en el joven (mature onset diabetes in the young, MODY) ocupa un porcentaje aún por determinar (52,77). Las personas con tolerancia a la glucosa alterada, con el tiempo desarrollan el tipo no insulino dependiente. La prevalencia e incidencia son variables de acuerdo a la raza, la edad, el peso, el estado socioeconómico, el estrés causado por la forma de vida en ciudades industrializadas, el tipo de alimentación, los hábitos de vida

se puede hablar de cifras absolutas o generales para un país (52,76,77) La mortalidad en México por diabetes mellitus se ha incrementado notablemente, de una tasa menor de 5 por 100,000 habitantes en 1922 hasta 28.5 en 1990 de acuerdo a datos de la secretaría de salud y del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (52,74) La prevalencia mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes se ha incrementado de 2% en 1960 al 6% en 1991, según Zimmet, para el año 2000 el incremento de diabetes mellitus diagnóstica será de 2 a 3 veces en lugares como China, India, Africa, y casi el doble para E U A En México también se observa este incremento en frecuencia: En 1960 se encontró 2 a 3 %, y al final de la década de los 80 entre 8 y 10% en diferentes regiones de la república (20,76)

Existen reportes desde 1975 encaminados a determinar si existe una personalidad típica del paciente diabético, V gr Menninger propone que la ansiedad y depresión son características consistentes en estos pacientes (20,52) En 1981, Dunn y Turtle analizaron 27 trabajos publicados entre 1940 y 1980 encaminados a definir el tipo de personalidad de los diabéticos, algunos de estos estudios como los realizados por Slawson y Cols en 1963 identificaron tendencias depresivas en los pacientes con diabetes mellitus, sin embargo, en la revisión se concluyó que no hay una personalidad característica de los diabéticos. En 1993, Gavard y Cols. llevaron a cabo una evaluación de 20 estudios en diabéticos, concluyendo que existe una prevalencia aumentada de depresión en pacientes diabéticos (6,28,49,59) La frecuencia elevada de depresión tiene un impacto importante e implicaciones. En primer lugar, la depresión tiene un impacto en la calidad de vida

de los pacientes con enfermedades con enfermedades crónicas independientemente de las complicaciones propias de las enfermedades. Por otra parte, la depresión es una condición susceptible de ser tratada y cuando se reconoce, es posible disminuir la intensidad de los síntomas y prevenir nuevos episodios, finalmente, algunos estudios como el de Mazze, y Cols muestran que en el paciente con DM, la presencia de depresión y ansiedad se asocia con un pobre control glucémico (20,72,73).

No es fácil identificar a los pacientes con depresión y DM porque síntomas como pérdida de peso, ataque al estado general, insomnio y disminución de la libido se comparten en varias entidades (27,54). Para la medición de la depresión existen diversas técnicas; el estándar de oro es la utilización de entrevistas estructuradas que se basan en los criterios diagnósticos de la American Pschyatric Association, DSM IV (3,51).

El grado de la implicación del estrés psicosocial en la etiología y curso de la diabetes es otro aspecto psiquiátrico controvertido (22,26,39). En un principio el estrés se implicó en la etiología de la diabetes y se continua trabajando en esta línea de investigación. Existen escasas evidencias en éste sentido y en la actualidad se acepta su influencia en el curso de la enfermedad ya establecida (22,50,54). Ésta influencia viene matizada con grado de control de la glucemia en general, se acepta que la presencia de experiencias estresantes producen fluctuaciones en los valores de glucosa de diabéticos y no diabéticos. La magnitud de estos cambios es mayor en los diabéticos y dentro de estos en los controlados con insulina más que con los tratados con hipoglucemiantes orales. Con

independencia de la posible vulnerabilidad biológica parece existir un componente psicógeno que determina, en parte, el curso de la diabetes al condicionar la forma de adaptarse a los estresores psicosociales, el primero y fundamental de los cuales es la existencia de la diabetes, e influir de modo decisivo en el tratamiento individual de la propia enfermedad diabética, en especial durante períodos de mayor estrés psicosocial. En este componente psicógeno confluyen diferentes circunstancias, entre ellas destacan las primeras experiencias en relación a la diabetes, la respuesta de la familia, el soporte sociofamiliar (un menor soporte social predice un pobre control a largo plazo de la diabetes) (26,39,44)

El estrés se investiga a nivel fisiológico, psicológico y social. El estrés experimentado a un determinado nivel de análisis no significa forzosamente que sea experimentado en otro distinto. La evaluación cognitiva representa el vínculo psicológico entre los distintos niveles cuando se refieren al individuo (34). El concepto de mecanismo de Afrontamiento ha sido utilizado por mucho tiempo, comenzando a utilizarse de manera formal en los 60's y 70's en estudios sobre estrés.

Si nosotros nos referimos a los mecanismos de afrontamiento en el concepto genérico que incluye las defensas del EGO, como una porción del aparato psíquico para preservar su integridad entonces el interés Psicoanalítico en los mecanismos de defensa fue claramente su precursor. El interés Psicoanalítico inicial en los mecanismos de defensa se centra en el papel que juegan estos en la psicopatología como un estilo característico para el manejo de las amenazas. Un importante concepto psicoanalítico, que influyó de gran manera a la Psicología



clínica y de la personalidad fue que cada forma de Psicopatología se encontraba asociada a un particular estilo defensivo. Por ejemplo la neurosis histérica se encuentra vinculada a la represión, la neurosis obsesiva compulsiva a la intelectualización y la paranoia a la proyección (34,35). Los planteamientos tradicionales sobre afrontamiento derivan de dos corrientes distintas: la experimentación con animales y la psicología psicoanalítica del yo. El modelo animal se centra en el concepto de activación y generalmente define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas y, por tanto, que disminuyen el grado de activación. Sin embargo lo que puede aprenderse sobre el afrontamiento humano a partir de este modelo es muy poco ya que en el no se incluyen el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa. Cuando el concepto de afrontamiento se formula dentro de la tradición psicoanalítica del yo, se relaciona sobre todo con la cognición distinguiendo entre varios procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. Los sistemas de afrontamiento basados en el modelo de la psicología del yo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros ó primitivos que producen una distorsión de la realidad hasta mecanismos más evolucionados. Como concepto, el afrontamiento se identifica típicamente con el éxito adaptativo, especialmente los modelos de la psicología del yo, donde los fracasos ó las estrategias no eficaces reciben el nombre de mecanismos de defensa (34). Investigaciones recientes respecto a los mecanismos de afrontamiento indican que existe una creciente convicción de que estos son unos de los principales factores en la relación que existe entre los

eventos estresantes y los procesos adaptativos tales como la depresión, síntomas psicológicos y enfermedades somáticas (34,44,47)

El trabajo realizado por Menninger, y mas recientemente Haanyvaillant describe un abordaje jerárquico, a los mecanismos de afrontamiento de derivado de la formulación psicoanalítica del desarrollo. Algunos mecanismos de defensa parecen ser mas saludables o menos regresivos que otros, presumiblemente como resultado del estrés o del trauma. Por ejemplo Haanyvaillant propuso una escala jerárquica tripartita en la que los mecanismo de afrontamiento son los mas saludables y mas desarrollados procesos de adaptación, los mecanismos de defensa como un concepto neurótico y la falla del Ego como la más severa proceso adaptativo psicótico y regresivo (11,46,61).

Un grupo de investigación de Chicago dirigidos por Roy Grienker en el hospital Michael Reest se enfoco menos en las estrictas formulaciones del desarrolló freudiano que toma más en cuenta la infancia temprana y se dirigió más al escenario contemporáneo de la vida del paciente. Para este grupo también en los mecanismos de afrontamiento el contexto es importante (34,44)

El abordaje del desarrollo jerárquico tienden a producir medios para los mecanismos de afrontamiento, tal como el contraste entre la represión y la sensibilización. En una revisión de la teoría y ensayo de los mecanismos de afrontamiento, Cohen cito numerosos cuestionarios de este contraste, tratándolos como una dicotomía singular o en una dimensión continua. Su listado incluye un listado publicado por Byrne, y otro por Epstein y Femz, y una medición no basada en cuestionarios desarrollada por Goldstein, nominada "Coping – Avoidance

Sentence Completion Test ". También cita dos índices de Rorschach y uno por Gardner, y otros por Levine y Spivack, que emplean el lenguaje de la represión-aislamiento. Finalmente dos grupos de mediciones multidimensionales son mencionadas: "The defense mechanism Inventory" de Glicer e Ihilevih, y "The coping Defence Measure" de joffe y Nadiche (34, 35).

A finales de 1970 ocurrió un gran desarrollo en la teoría e investigación de los mecanismo de Afrontamiento en la que el enfoque jerárquico de estos se abandono a favor de un abordaje del contraste que trata a los mecanismos de afrontamiento como un proceso

Una estrategia jerárquica de los mecanismos de afrontamiento basada en las nociones preconcebidas acerca de la salud innata o patología corre el peligro de un proceso confuso en la que es imprescindible un abordaje longitudinal (19,35)

El hecho de que los procesos de los mecanismos de afrontamiento sea bueno o malo depende de la persona en particular dependiendo de su estado general de salud, su funcionamiento moral y social. Quizás no exista procesos de mecanismos de afrontamiento buenos o malos, ocurriendo mas frecuentemente que unos son mejores o peores que otros

Así la evitación que una vez fue considerada como patológica por los ego psicólogos, quizás sea útil para la adaptación en ciertas circunstancias (16,34,35,55)

La evitación es aparentemente contraproducente y peligrosa cuando la persona interpreta los síntomas (esto tiene como resultado el hecho de que la persona no busca ayuda) sin embargo, es útil en el cuidado intrahospitalario posteriores a

eventos coronarios, pero también puede ser peligrosa si esta continua por largo tiempo después de el egreso del hospital

Otras investigaciones sugieren la evitación tiene consecuencias favorables para múltiples procesos adaptativos posteriores a la cirugía por ejemplo la tasa de recuperación, presencia de menores complicaciones y la duración de la hospitalización. Estas observaciones son diferentes para el asma, durante el inicio de la sintomatología de un ataque de asma, la evitación permite tener menores niveles de aprehensión aunque la hospitalización puede ser mayor. La detección de los mecanismo de afrontamiento, por otra parte quizás sea importante cuando se utilicen otros tipos de manejos para tratar el ataque de asma por ejemplo inhaladores, de esta manera los pacientes que desarrollan otros mecanismos de afrontamiento raramente son hospitalizados (2,4,16,68)

Los mecanismos de afrontamiento depende de la etapa de la enfermedad, del tiempo que lleva el tratamiento medico así, los mecanismos de afrontamiento de cada persona dependen del contexto en que la enfermedad ocurre y ésta cambiara a través del tiempo a medida de que el tratamiento de la enfermedad cambie, por lo tanto, cuando se estudia la forma en que un paciente lleva acabo los Mecanismo de Afrontamiento para enfrentar su enfermedad, es necesario especificare el tratamiento particular de la enfermedad del paciente y tratar de manera separada más que prestarle atención a la enfermedad de una manera global (18,19,58,69)

Durante la medición de los mecanismo de afrontamiento es importante describir lo que la persona está pensando y haciendo con relación al evento estresante. La inferencia de cómo una persona esta utilizando los Mecanismos de Afrontamiento

es realizada por el observador profesional más que por la persona misma (2. 4. 68)

Desde el punto de vista de un proceso estático, los mecanismos de afrontamiento se definen como una consecuencia cognitiva y un esfuerzo conductual para manejar demanda específicas externas y/o internas que exceden los recursos de la persona. La definición se puede simplificar mencionando que los Mecanismo de afrontamiento consisten en los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Hay que tomar en cuenta que el término de mecanismos de afrontamiento se usa tanto para procesos adaptativos ó no adaptativos, exitosos o no exitosos, consolidados o inestables. Adaptativo se refiere a la efectividad de los mecanismos de afrontamiento para lograr adaptarse a alguna situación, el éxito se refiere a la extensión de las consecuencias inherentes a la utilización de un mecanismo de afrontamiento específico. Consolidación se refiere a que la persona a logrado una vía estable para utilizar los mecanismo de afrontamiento ante una variedad de circunstancias.

La teoría de los mecanismos de afrontamiento como proceso enfatiza que existen por lo menos dos principales funciones de los mecanismo de afrontamiento. Aquellos que se enfocan al problema y los que se enfocan a las emociones. La función de los mecanismos de afrontamiento que se enfocan al problema es cambiar la relación que existe entre la persona y su medio ambiente problemático actuando sobre el medio ambiente o dentro de uno mismo.

La función de los mecanismo de afrontamiento que se enfocan a las emociones es cambiar tanto la forma en que se lleva a cabo la relación entre los factores

estresantes con el medio ambiente o por el significado relacional de saber que es lo que está pasando lo cual va a mitigar el estrés.

Investigaciones recientes respecto a los mecanismos de afrontamiento indican que existe una creciente convicción de que los mecanismos de afrontamiento son uno de los principales factores en la relación que existe entre los eventos estresantes y los procesos adaptativos tales como la depresión, síntomas psicológicos y enfermedades somáticas. Este nuevo enfoque de investigación se caracteriza por el interés en los procesos actuales de los mecanismos de afrontamiento que las personas utilizan para afrontar la demanda de los eventos estresantes que como características de una personalidad (16,19,34,35)

Una diferencia crítica entre el abordaje orientado a los rasgos o características y el abordaje orientado al proceso es la diferencia significativa dada al contexto ambiental y psicológico en la que los mecanismos de afrontamiento aparecen. En el abordaje orientado hacia los rasgos, se asume que los mecanismos de afrontamiento es principalmente una propiedad de la persona, y variaciones de las situaciones de estrés son de poca importancia. Por otra parte, el contexto es crítico en el abordaje orientado hacia el proceso debido a que los mecanismos de afrontamiento surgen como una respuesta a las demandas psicológicas y ambientales de determinados eventos estresantes (16,34)

Sin embargo aunque los procesos de mecanismos de afrontamiento son abordados generalmente de una manera concreta, con algunas excepciones, su impacto tiende a evaluarse sin las características de su propio contexto. Como consecuencia, a pesar de que se ha incrementado la atención a los procesos de

afrontamiento, existe una falta de información con relación a las variables que influyen en ellos, y a la relación entre los mecanismos de afrontamiento y las consecuencias de los acontecimientos estresantes en los que ellos aparecen

Los mecanismos de afrontamiento serán abordados con versiones revisadas de las vías de mecanismo de afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1985). Este instrumento contiene 67 reactivos que describen un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales que las personas utilizan para manejar sus demandas internas y/o externas en determinadas situaciones de estrés. Las estrategias fueron originalmente obtenidas en parte a través de la literatura diversa y construida a través de la red teórica de Lazarus y Launier en 1978 (33,34,35,69).

## DEFINICION DEL PROBLEMA

La población Mexicana esta compuesta por diferentes etnias y mestizajes, lo cual dificulta la determinación con exactitud de la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus (20,52). En la literatura médica mexicana existen pocos artículos sobre el estudio de la depresión en pacientes con diabetes mellitus. En 1993, Gavard y Cols reportaron que existía una prevalencia aumentada de depresión en pacientes diabetes. En 1998 Garduño y Cols reportaron una frecuencia de depresión del 46% de un total de 79 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde la frecuencia fue mayor comparada con otras investigaciones similares (20,45). La diabetes mellitus es un problema de Salud importante en nuestro país, (con repercusiones médicas, sociales y económicas pero susceptible de ser controlada y así disminuir las complicaciones y prevenir exacerbaciones. La presencia de diabetes mellitus y su comorbilidad con depresión ha sido poco estudiada en nuestra población y se asocia a un pobre apego al tratamiento con repercusiones importantes en la calidad de vida del paciente independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad. No es fácil diferenciar los síntomas de la diabetes mellitus y la depresión ya que algunos se comparten en ambas entidades clínicas (20,38,40,45,52).

La manera de afrontamiento de la diabetes mellitus u otra enfermedad crónico – degenerativa juega un papel importante en la etiología de la depresión ( 50,55, 68,69,)



Aunque el papel de los factores psicosociales y emocionales en la diabetes mellitus son apreciados no existen estudios suficientes para tratar de aclarar esta relación. Sin embargo existe un acuerdo en la influencia de los mismos en el curso, severidad y complicaciones de la diabetes mellitus (37,38,39,41,73),

El presente estudio describe estas variables en pacientes que acuden a la consulta Externa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Dr. "Salvador Zubirán" con el fin de conocer su comportamiento en la población estudiada.

## JUSTIFICACION

Afrontar la enfermedad puede ser un problema grave tanto para el paciente como para el médico sin embargo también puede ser un proceso beneficioso y constructivo. Las estrategias utilizadas por uno y otro pueden ser complementarias o antagonistas (20,25). El modo de enfermar es el estilo en que la enfermedad se manifiesta en cada paciente. Los mecanismos de afrontamiento son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad, depresión y las amenazas de origen interno ó externo y también median las reacciones personales frente a conflictos (2,34,35).

La presencia de uno o más trastornos médicos crónicos elevan la prevalencia de alteraciones del afecto recientes ( 6 meses ) ó de por vida del 5.8 al 9.4 % y del 8.9 al 12.9% respectivamente (40,41,74). La depresión es el más común de los trastornos psiquiátricos que afecta a cerca del 10% en la población en algún momento de su vida (13,38,40).

El presente trabajo compara los mecanismos de afrontamiento y apoyo social, síntomas de depresión en pacientes con diabetes mellitus con el fin de detectar la sintomatología depresiva en estadios iniciales y mejorar la calidad de vida y control médico en este tipo de pacientes.

## **HIPOTESIS**

En este estudio no se planteará hipótesis ya que se trata de una investigación de tipo descriptivo por lo que no se establecerá entre las variables una relación de causa-efecto pero se describirá la presencia y características de las mismas en la población estudiada

## **OBJETIVO**

### **OBJETIVO GENERAL**

1 0 Conocer la relación entre el Mecanismo de Afrontamiento y el Apoyo social con los síntomas depresivos en pacientes con Diabetes Mellitus que acuden a control Médico en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr Salvador Zubirán

### **OBJETIVO PARTICULAR:**

1 1 Determinar cuales son los mecanismos de afrontamiento más frecuentes utilizados por los pacientes con diabetes mellitus

1 2 Determinar la presencia de sintomatología depresiva en los pacientes con diabetes mellitus

1 3 Relacionar el Mecanismo de Afrontamiento con los síntomas depresivos en pacientes con Diabetes mellitus.

1 4 Relacionar el apoyo social con los síntomas depresivos en pacientes con diabetes mellitus

## **MATERIAL Y METODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo de encuesta descriptiva.

### **DESCRIPCION DE LA MANIOBRA O INTERVENCION**

La población será tomada de la consulta Externa del Instituto de Ciencias Médicas y de la Nutrición Dr "Salvador Zubirán" en donde se aplicará a cada paciente una hoja de datos generales y los cuestionarios de mecanismos de afrontamiento, apoyo social, SCL-90 previa autorización por escrito del paciente otorgándole explicación y objetivos de la investigación

Posteriormente será aplicada la entrevista clínica estructurada para DSM – IV (criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana) como estándar de oro diagnóstico para trastorno depresivo mayor en cada uno de los pacientes de la población estudiada

El tiempo estimado para la aplicación de los tres cuestionarios (mecanismos de afrontamiento, apoyo social, y SCL-90) y la entrevista clínica estructurada para DSM-IV es de 45 minutos para cada paciente, siendo aplicadas en el mismo día que se inicie la entrevista. En el caso de pacientes hospitalizados serán seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

## **CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

Se calcula para apoyo social y síntomas depresivos un coeficiente de correlación de 0.30  $\alpha$  0.05 y  $\beta$  0.20 conformando un total de 115 pacientes.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **INCLUSION**

- 1 - Edad igual o mayor a 18 años
- 2 - Cualquier sexo
- 3 - Contar con diagnóstico de DM en el INNSZ con un mínimo de 6 meses
- 4 - Conocer su diagnóstico
- 5 - Aceptar ser entrevistado
- 6 - Secundaria completa como nivel de escolaridad mínima

### **EXCLUSION**

- 1 - Diagnóstico de Cáncer
- 2 - Mal estado general que impidiera la entrevista
- 3 - Alteraciones en el estado de alerta o Cognoscitivas
- 4 - Hospitalización de más de 48 hrs

### **VARIABLES A MEDIR PRINCIPAL Y SECUNDARIA**

- 1 - Síntomas depresivos
- 2 - Mecanismos de afrontamiento
- 3 - Apoyo social

## **FRECUENCIA DE LAS MEDICIONES**

Los cuestionarios (mecanismos de afrontamiento, apoyo social y SCL-90) y la entrevista clínica estructurada serán aplicados en una sola ocasión o día en un tiempo estimado de 45 minutos para cada paciente.

## **ESTRATEGIA DE ANALISIS ESTADISTICO**

- 1.- Para Mecanismos de Afrontamiento, serán representados por medio de porcentajes.
- 2 - Para fuentes de apoyo social serán representadas cada una por medio de promedios ó medias
- 3 - Para síntomas depresivos serán representados por medio de medias.
- 4 - Para trastorno Depresivo Mayor se utilizarán porcentajes.
- 5 - Posteriormente para relacionar las variables se utilizarán coeficientes de correlación de Pearson

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION**

- 1 - Para los Mecanismos de Afrontamiento se utilizará la versión revisado del test *Maneras de Afrontamiento* (Folkman & Lazarus 1985) El instrumento contiene 67 reactivos que describen un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales que las personas utilizan para manejar sus demandas internas y Externas en determinadas situaciones de estrés. El formato de las respuestas es una escala de Likert de 4 puntos (0 = en absoluto 1 - En alguna medida, 2.- Bastante, 3.- En gran medida) (19,34,35)
- 2 - Para síntomas depresivos se utilizará la lista de síntomas de Hopkins (SCL-90; Guy 1976) La validéz de constructo fue evaluada por medio de dos métodos

psicométricos, análisis factorial y análisis de estructura latente (3) Se utilizará la Entrevista estructurada para DSMIV (SCID) como estándar de oro diagnóstico.

3-Fuentes de Apoyo Social: se utilizará la escala multidimensional de apoyo social percibida (75).

## **PROCEDIMIENTOS**

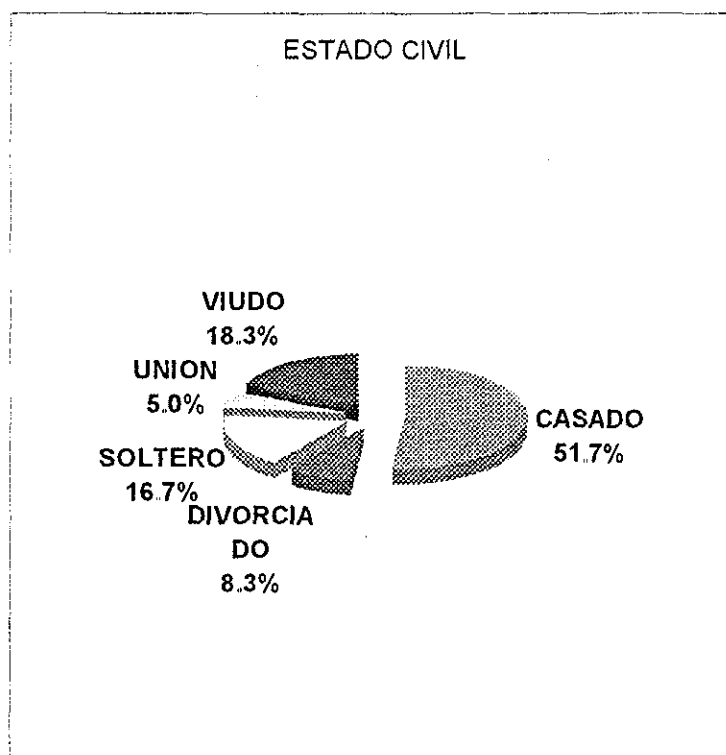
Se presentó el protocolo ante los asesores del proyecto y comité de investigación del Instituto Nacional de la Nutrición " Dr Salvador Subirán" y, una vez aceptado se seleccionò a los pacientes, que, después de aceptar ser incluidos en la investigación, se les aplicaron los cuestionarios en forma de entrevista; y posteriormente se completò la información, con la revisión de los expedientes clínicos. Se calculò que la realización de 60 entrevistas permitiría identificar una asociación significativa entre las variables de interés, síntomas depresivos, complicaciones de la diabetes mellitus, apoyo social y mecanismos de afrontamiento (7). Para el análisis descriptivo de los datos se utilizaron frecuencias relativas e índices de tendencia central y dispersión adecuados a la forma de distribución y nivel de la escala de medición. Para conocer el grado de correlación entre las variables principales del estudio y la significancia de las diferencias identificadas, se utilizaron pruebas no paramétricas: T de student y coeficiente de correlación de Pearson. Se diseñò una base de datos mediante el programa Foxplus, y para el análisis estadístico se utilizò el programa SAS System.



## RESULTADOS

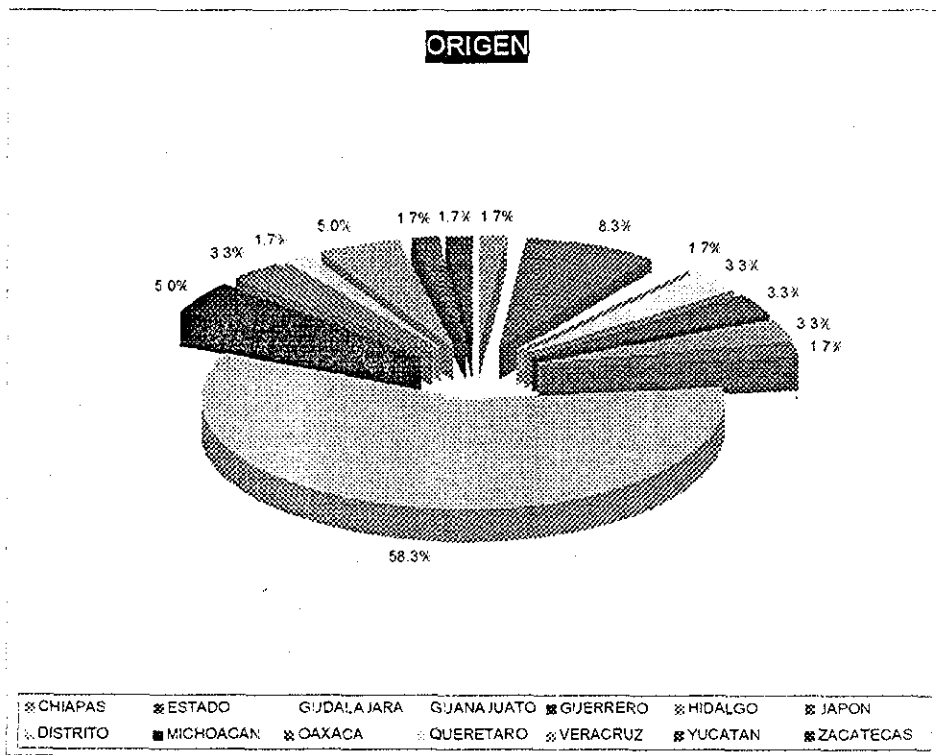
Se realizaron 60 entrevistas, en donde 53.3% (32) de la población estudiada fueron del sexo femenino y 46.6% (28) del sexo masculino, la edad promedio fue de 56.5 presentando como limite inferior 18 años y un limite superior de 89 años. En cuanto a la escolaridad se observa un promedio de 10.8 años (de 8 a 18 años). Durante la aplicación de entrevista clínica estructurada para DSM – IV se valoro el eje V en los pacientes encontrando como media un valor de 79.99 (que corresponde a síntomas transitorios y reacciones esperadas, ante situaciones psicosociales estresantes que repercuten en el forma leve y temporal en funcionamiento social y ocupacional o escolar) con un valor mínimo y máximo de 55 y 100 respectivamente.

GRAFICA No 1



En la gráfica N°1 se observa el estado civil en donde el 51.7 % (31) son casados, el 18.3% (11) viudos, y el 16.7 (10) solteros.

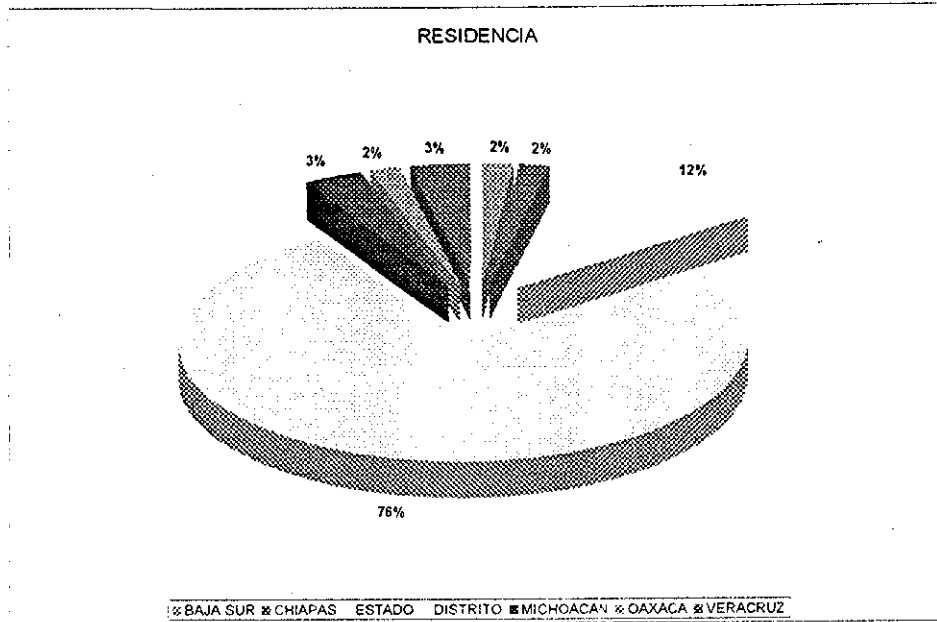
GRAFICA No. 2



En la gráfica N° 2 se encuentra representado el origen ,donde el 58.3% (35) representa a México D.F y el 8.3% (5) al Estado de México ,que corresponde a la ubicación geográfica del hospital en el D.F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

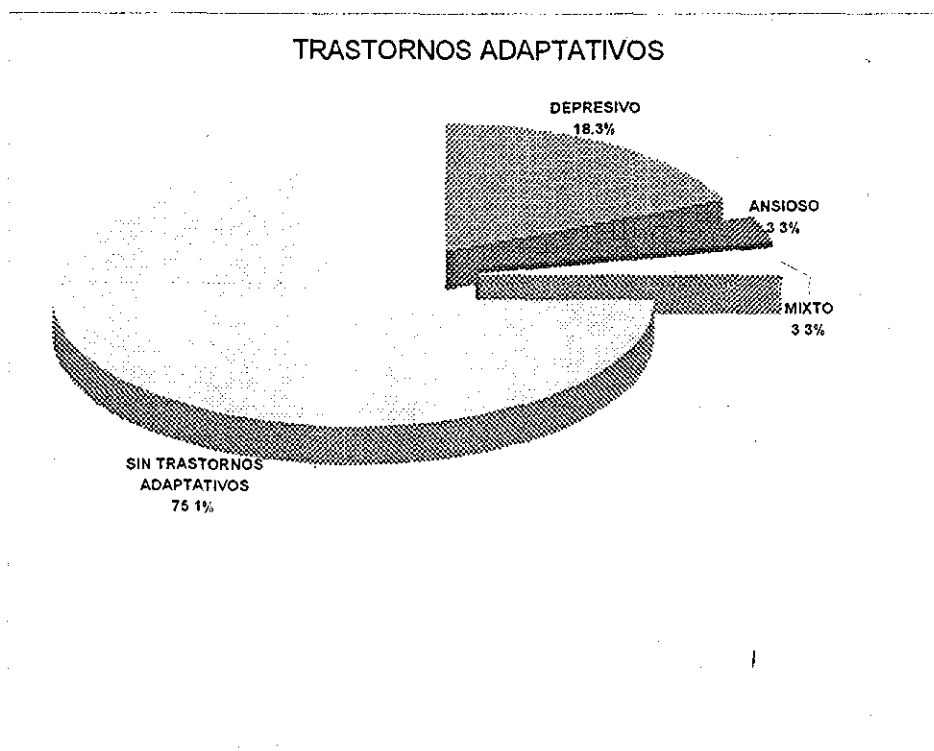
### GRAFICA No. 3



En la gráfica N° 3 nuevamente el estado de la república con mayor porcentaje de residencia fue el DF con 76.7%, (46) siguiendo en importancia, el Edo de México con un 11.7%(7), también relacionado el hallazgo por la ubicación del hospital

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GRAFICA No 4.

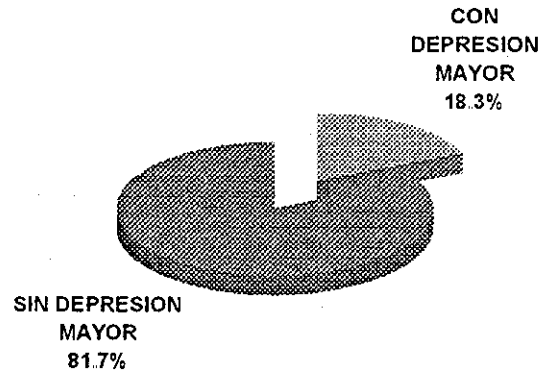


En la gráfica N° 4 se observa el porcentaje de presentación de los trastornos Adaptativos El trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo representa un 18.3% (11) el trastorno adaptativo con ansiedad y el trastorno adaptativo Mixto un 3.3% (2) ambos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GRAFICA No. 5

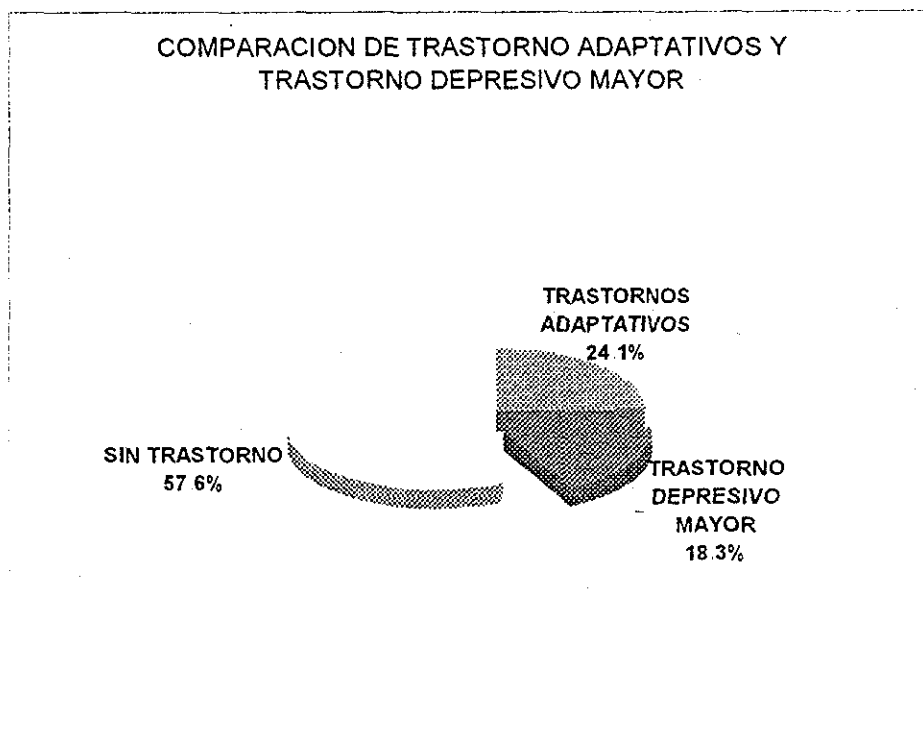
### TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR



En la gráfica N° 5 se encuentra representado el Trastorno Depresivo Mayor en la población estudiado , con un 18.3 % (11) del resto de los pacientes 81.7%(48.2% con algún trastorno afectivo y 33.5% sanos)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

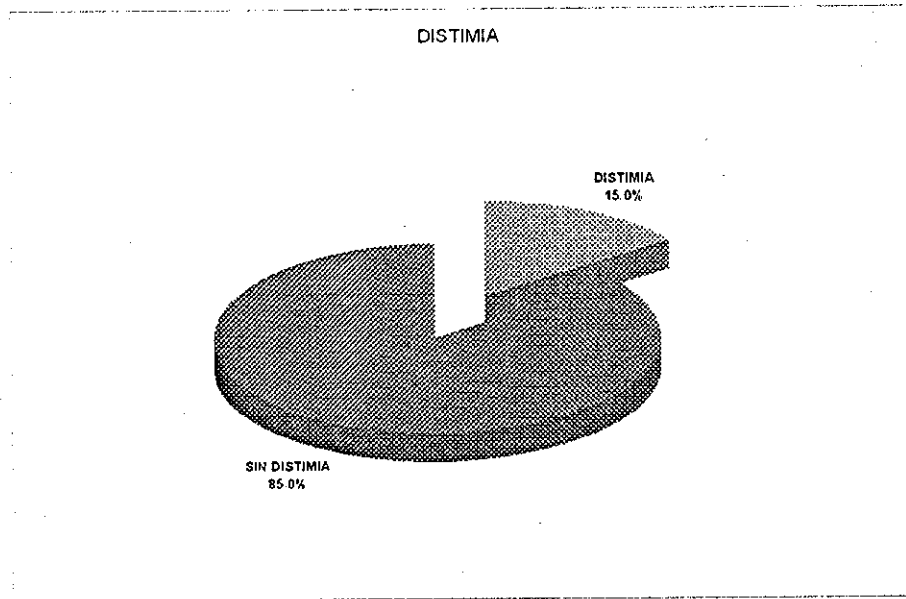
## GRAFICA No 6



En la gráfica N° 6 se encuentran en comparación los diferentes trastornos adaptativos 24.9% (14) (con ánimo depresivo, con ansiedad y mixto) y el trastorno depresivo mayor 18.3% (11) Observando ser un mayor porcentaje para los trastornos adaptativos que para el trastorno depresivo mayor, sin embargo, el trastorno de adaptación con ánimo depresivo y el trastorno depresivo mayor en si, muestran el mismo porcentaje (83.3%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GRAFICA No. 7

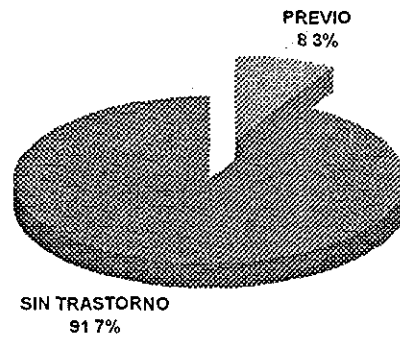


En la Gráfica N° 7 el trastorno distimico se encontró en el 15% (9) de la población estudiada

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GRAFICA No. 8

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR PREVIO



En la gráfica N° 8 observamos que el 18.3% (5) presentaban antecedentes de un trastorno depresivo mayor previo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



CUADRO N° 1  
(N°=60)

VARIABLE	FEMENINO d.e	MASCULINO □d.e	T	P
Edad	59.4 (17.44)	53.10 (16.40)	1.44	0.15
Escolaridad	10.34 (2.16)	11.32 (2.86)	1.50	0.13
Confrontación	1.07 (0.36)	1.05 (0.39)	0.19	0.84
Distanciamiento	1.07 (0.36)	1.05 (0.39)	0.19	0.84
Autocontrol	1.08 (0.29)	1.02 (0.35)	0.76	0.44
Búsqueda Apoyo emocional	1.69 (0.56)	1.67 (0.80)	0.11	0.91
Aceptación	1.18 (0.46)	1.12 (0.38)	0.56	0.57
Escape - evitación	0.81 (0.59)	0.62 (0.71)	1.23	0.22
Planeación para resolver problemas	1.44 (0.72)	1.45 (0.71)	-0.05	0.95
Reforzamiento positivo	1.59 (0.60)	1.54 (0.73)	0.30	0.76
Apoyo social	86.84 (10.70)	88.27 (11.44)	-0.49	0.62
Somatización	0.33 (0.32)	0.34 (0.48)	-0.06	0.95
Obsesivo - compulsivo	0.45 (0.38)	0.29 (0.35)	1.64	0.10
Relaciones interpersonales	0.42 (0.41)	0.33 (0.49)	0.77	0.44
Síntomas depresivos	0.70 (0.63)	0.60 (0.75)	0.53	0.59
Síntomas de ansiedad	0.16 (0.18)	0.19 (0.35)	-0.38	0.70
Hostilidad	0.15 (0.16)	0.15 (0.23)	-0.07	0.94
Síntomas fobicos	0.08 (0.17)	0.14 (0.27)	-1.01	0.31
Ideación paranoide	0.08 (0.17)	0.14 (0.27)	-1.01	0.31
Síntomas psicoticos	0.10 (0.14)	0.07 (0.13)	0.57	0.56

\*P<0.05

En el cuadro N° 1 se compara el sexo (m o f) con cada uno de los variables estudiadas (Edad, Escolaridad, Mecanismo de afrontamiento, Apoyo Social y Psicopatología en general) no encontrándose ninguna relación significativa

CUADRO N° 2  
(N=60)

VARIABLE	SIN DEPRESIÓN [d.e]	CON DEPRESIÓN [d.e]	T	P
Edad	5.59 (16.27)	53.13 (18.27)	1.20	0.23
Escolaridad	10.83 (2.47)	10.73 (2.70)	0.14	0.88
Confrontación	1.12 (0.35)	0.96 (0.39)	1.65	0.10
Distanciamiento	0.83 (0.28)	1.34 (0.46)	-5.17	0.00 *
Autocontrol	0.98 (0.26)	1.16 (0.37)	-2.20	0.03 *
Búsqueda Apoyo emocional	1.99 (0.63)	1.18 (0.41)	5.48	0.00 *
Aceptación	1.22 (0.38)	1.05 (0.48)	1.50	0.13
Escape - evitación	0.37 (0.33)	1.29 (0.39)	-9.56	0.00 *
Planeación para resolver problemas	1.77 (0.58)	0.92 (0.59)	5.39	0.00 *
Reforzamiento positivo	1.86 (0.55)	1.10 (0.54)	5.15	0.00 *
Apoyo social	94.17 (5.17)	77.05 (9.38)	9.03	0.00 *
Somatización	0.22 (0.41)	0.51 (0.32)	-2.80	0.00 *
Obsesivo - compulsivo	0.20 (0.27)	0.66 (0.33)	-5.77	0.00 *
Relaciones interpersonales	0.13 (0.27)	0.78 (0.36)	-7.76	0.00 *
Síntomas depresivos	0.25 (0.49)	1.30 (0.42)	-8.47	0.00 *
Síntomas de ansiedad	0.12 (0.30)	0.26 (0.17)	-1.99	0.05 *
Hostilidad	0.06 (0.16)	0.28 (0.16)	-5.05	0.00 *
Síntomas fobicos	0.09 (0.26)	0.17 (0.33)	-1.03	0.30
Ideación paranoide	0.05 (0.16)	0.20 (0.28)	-0.28	0.01 *
Síntomas psicoticos	0.05 (0.11)	0.15 (0.15)	-2.82	0.00 *

\*P<0.05

En el cuadro N° 2 se realiza la comparación de todas las variables con dos grupos de pacientes, los que presentan depresión y los que no presentan. En el primer grupo (con depresión) se encuentra una relación significativa con 3 mecanismos de afrontamiento; distanciamiento, autocontrol y escape evitación así como la presencia de psicopatología en general. En el segundo grupo (sin depresión) se observa una relación significativa con 3 mecanismos de afrontamiento: búsqueda de apoyo emocional, planeación para resolver problemas y reforzamiento positivo así como también con el apoyo social.

CUADRO N° 3  
(N=60)

VARIABLE	SIN TRASTORNO ADAPTIVO M.d.e	CON TRASTORNO ADAPTIVO M.d.e	T	P
Edad	57.02 (15.46)	54.93 (21.92)	0.40	0.68
Escolaridad	10.82 (2.56)	10.73 (2.54)	0.11	0.90
Confrontación	1.13 (0.35)	0.84 (0.35)	2.76	0.00 *
Distanciamiento	0.96 (0.42)	1.23 (0.42)	-2.12	0.03 *
Autocontrol	1.04 (0.35)	1.07 (0.20)	-0.29	0.76
Búsqueda Apoyo emocional	1.88 (0.62)	1.06 (0.45)	4.70	0.00 *
Aceptación	1.22 (0.44)	0.96 (0.31)	2.06	0.04 *
Escape – evitación	0.55 (0.47)	1.24 (0.54)	-4.64	0.00 *
Planeación para resolver problemas	1.66 (0.62)	0.78 (0.56)	4.83	0.00 *
Reforzamiento positivo	1.76 (0.61)	1.00 (0.42)	4.43	0.00 *
Apoyo social	89.26 (11.23)	82.31 (8.53)	2.18	0.03 *
Somatización	0.23 (0.24)	0.66 (0.59)	-3.99	0.00 *
Obsesivo – compulsivo	0.27 (0.32)	0.68 (0.35)	-4.08	0.00 *
Relaciones interpersonales	0.26 (0.37)	0.74 (0.45)	-4.07	0.00 *
Síntomas depresivos	0.41 (0.51)	1.39 (0.64)	-5.98	0.00 *
Síntomas de ansiedad	0.09 (0.12)	0.42 (0.42)	-4.57	0.00 *
Hostilidad	0.08 (0.15)	0.35 (0.17)	-5.69	0.00 *
Síntomas fobicos	0.04 (0.09)	0.37 (0.50)	-4.27	0.00 *
Ideación paranoide	0.09 (0.21)	0.16 (0.25)	-1.09	0.27
Síntomas psicoticos	0.06 (0.13)	0.16 (0.15)	-2.27	0.02 *

\*P<0.05

En el cuadro N° 3 se comparan 2 grupos los que no presentan trastornos adaptativos y los que si lo presentan, ambos con todas las variables del estudio. En el primer grupo (sin trastorno adaptativos) se encuentra una relación significativa con 5 mecanismos de afrontamiento: confrontación búsqueda de apoyo emocional, aceptación, planeación para resolver problemas, reforzamiento positivo. También encontrándose una relación significativa con el apoyo social recibido. En el segundo grupo (con trastorno adaptativo) se observa relación significativa con 2 mecanismos de afrontamiento: distanciamiento y escape – evitación, así como también se observo en el anterior cuadro, existe una relación significativa con psicopatología en general

CUADRO N° 4  
(N=60)

VARIABLE	SIN COMPLICACIONES □d.e	CON COMPLICACIONES □d.e	T	P
Edad	58.32 (16.32)	54.55 (18.01)	0.85	0.39
Escolaridad	10.64 (2.28)	10.96 (2.73)	-0.48	0.62
Confrontación	1.19 (0.31)	0.92 (0.38)	2.94	0.00 *
Distanciamiento	0.77 (0.26)	1.29 (0.43)	-5.65	0.00 *
Autocontrol	0.96 (0.28)	1.15 (0.33)	-2.36	0.02 *
Búsqueda Apoyo emocional	2.15 (0.52)	1.18 (0.43)	7.74	0.00 *
Aceptación	1.24 (0.39)	1.06 (0.44)	1.58	0.117
Escape - evitación	0.29 (0.20)	1.18 (0.48)	-9.38	0.00 *
Planeación para resolver problemas	1.88 (0.49)	0.97 (0.60)	6.37	0.00 *
Reforzamiento positivo	2.00 (0.46)	1.11 (0.51)	6.99	0.00 *
Apoyo social	95.09 (3.95)	79.64 (10.37)	7.60	0.00 *
Somatización	0.13 (0.09)	0.55 (0.49)	-4.56	0.00 *
Obsesivo - compulsivo	0.14 (0.26)	0.62 (0.31)	-6.43	0.00 *
Relaciones interpersonales	0.07 (0.13)	0.71 (0.43)	-7.74	0.00 *
Síntomas depresivos	0.13 (0.15)	1.22 (0.59)	-9.90	0.00 *
Síntomas de ansiedad	0.05 (0.08)	0.31 (0.33)	-4.07	0.00 *
Hostilidad	0.04 (0.12)	0.27 (0.19)	-5.42	0.00 *
Síntomas fobicos	0.03 (0.09)	0.21 (0.39)	-2.46	0.01 *
Ideación paranoide	0.03 (0.12)	0.19 (0.27)	-2.96	0.00 *
Síntomas psicoticos	0.02 (0.07)	0.16 (0.16)	-4.32	0.00 *

\*P<0.05

En el cuadro N° 4 se encuentra dos grupos en comparación con las variables estudiadas, un grupo sin complicaciones y otros con complicaciones de diabetes mellitus. En el primer grupo (sin complicaciones) se encuentra relación significativa con cuatro mecanismos de afrontamiento: confrontación, búsqueda de apoyo emocional, planeación para resolver problemas y reforzamiento positivo, al igual que los en los dos cuadros anteriores se encuentra una relación significativa con el apoyo social percibido. En el segundo grupo (con complicaciones) se encontró una relación significativa con tres mecanismos de afrontamiento: distanciamiento, autocontrol y escape - evitación así como también para el desarrollo de psicopatología en general.

CUADRO N° 5  
(N=60)

VARIABLE	CONFRONTATIVO	DISTANCIAMIENTO	AUTOCONTROL	BUSQUEDA DE APOYO EMOCIONAL	ACEPTACIÓN	ESCAPE - HUIDA	PLANEACIÓN PARA RESOLVER PROBLEMAS	REFORZAMIENTO POSITIVO
	r	r	r	r	r	r	r	r
EDAD	0.31	0.02	0.94	0.44	0.12	0.08	0.87	0.44
ESCOLARIDAD	0.09	0.53	0.20	0.82	0.23	0.42	0.17	0.46
EJE V	0.12	0.00 *	0.00 *	0.00 *	0.12	0.00 *	0.00 *	0.00 *
APOYO SOCIAL	0.16	0.00 *	0.02 *	0.00 *	0.78	0.00 *	0.00 *	0.00 *
SOMATIZACIÓN	0.91	0.02 *	0.30	0.00 *	0.03 *	0.00 *	0.00 *	0.00 *
OBSESIVO COMPULSIVO	0.02 *	0.01 *	0.56	0.00 *	0.35	0.00 *	0.00 *	0.00 *
RELACIONES INTERPERSONALES	0.14	0.00 *	0.56	0.00 *	0.02 *	0.00 *	0.00 *	0.00 *
SINTOMAS DEPRESIVOS	0.02 *	0.00 *	0.41	0.00 *	0.00 *	0.00 *	0.00 *	0.00 *
SINTOMAS DE ANCIEDAD	0.34	0.03 *	0.41	0.00 *	0.12	0.00 *	0.00 *	0.00 *
HOSTILIDAD	0.14	0.00 *	0.88	0.00 *	0.03 *	0.00 *	0.00 *	0.00 *
SINTOMAS FOBICOS	0.69	0.12	0.93	0.09	0.42	0.10	0.15	0.11
IDEACIÓN PARANOIDE	0.41	0.03 *	0.38	0.00 *	0.39	0.00 *	0.00 *	0.03 *
SINTOMAS PSICOTICOS	0.00	0.80 *	0.20	0.00 *	0.08	0.00 *	0.00 *	0.00 *

\* $p < 0.05$

En el cuadro N° 5 se observa el análisis de 8 mecanismos de afrontamiento con el coeficiente de correlación de pearson: confrontación distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo emocional, escape – evitación planeación para resolver problemas reforzamiento positivo, donde solamente 5 de ellos demostraron un coeficiente de correlación significativo  $r < 0.05$ , con las variables estudiadas, entre los que se encuentran: Distanciamiento, Búsqueda de Apoyo Social, Escape – evitación, Planeación para resolver problemas, Reforzamiento positivo. Los 3 restantes Confrontación,, Autocontrol, Aceptación, presentaron una correlación no estadísticamente significativa

## DISCUSIÓN.

Las características encontradas en la población estudiada son las siguientes:

1 - el 53.3% (32) son del sexo femenino 51.7.% (31) casados, el 58.3% (35) son originarios de México D F y el 76.7% (46) residentes del D.F

2 - el valor promedio de la valoración del funcionamiento psicológico, social y ocupacional (eje V) fue del 79.93.

3 - la prevalencia de los diferentes trastornos afectivos encontrados en la población son:

- Trastornos adaptativos 24.9%
- Trastorno depresivo mayor 18.3%
- Trastorno depresivo mayor previo 18%
- Distimia 15%

4 - los mecanismos de afrontamiento que mostraron una relación significativa con los trastornos afectivos y complicaciones de la diabetes mellitus son:

Distanciamiento, autocontrol, Escape – Evitación. Por el contrario los pacientes sin trastorno afectivos y complicaciones mostraron una relación significativa con los mecanismos de afrontamiento Búsqueda de apoyo emocional.

Planeación para resolver problemas, reforzamiento positivo, v, confrontación y Aceptación

5 - el apoyo social demostró una relación significativa en los grupos de pacientes sin trastornos Afectivos y sin complicaciones de la diabetes mellitus

\* En el punto numero 1, podemos observar que los datos representativos de la población estudiada, que acuden al Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Dr. Salvador Zubiran, es de personas entre la 2º y 9º década de la vida con mayor frecuencia de mujeres con nivel de escolaridad media – superior (bachillerato), donde la mayoría son originarios y residentes del estado de México y D.F., en relación directa con la ubicación geográfica del hospital.

\* En el punto numero 2 el valor promedio del eje V corresponde a síntomas transitorios y reacciones esperadas, ante relaciones psicosociales estresantes que repercuten en forma leve y temporal en el funcionamiento social, ocupacional o escolar, reflejando el grado de funcionalidad general de la población estudiada (51).

\* En el punto numero 3, se encuentra la prevalencia de los diferentes trastorno afectivos encontrados en la población estudiada Existe un, consenso general de que la depresión es mucho mas frecuente en personas enfermas que en la población general Se han reportado



prevalencia cercanas el 32% en pacientes adultos con diabetes mellitus. En otros estudios se sugiere que la depresión en la diabetes mellitus es una enfermedad crónica con evolución que en algunas ocasiones es más severa que la descrita en personas saludables. Algunos pacientes experimentan solamente un episodio de la enfermedad durante su vida, otros tuvieron múltiples recurrencias, un año después de recuperarse de un episodio depresivo (primero) la probabilidad de recaída es aproximadamente del 35%, para pacientes con tres o más episodios previos la probabilidad de recaída es del 50%. Diferentes estudios sugieren fuertemente que los pacientes diabéticos con depresión experimentan un curso crónico de trastornos psiquiátricos que es posiblemente más grave que en todos aquellos que se reportan en las personas sanas. Las depresiones persistentes quizás se encuentren relacionadas a la evolución de la enfermedad física.

Las enfermedades psiquiátricas particularmente los trastorno de ansiedad y otros afectivos son comunes entre los pacientes diabéticos mayores o adultos, sin embargo en otras investigaciones se observa que el riesgo de sufrir una enfermedad psiquiátrica sintomática se encuentra aparentemente restringido a un grupo de pacientes predispuestos y que se encuentran menos relación con la enfermedad, quizás se necesario más estudios para poder establecer un relación. En nuestro estudio llama la atención la elevada prevalencia de los trastornos adaptativos en comparación con el trastorno depresivo mayor, sin embargo hay que tomar en cuenta, el número de pacientes del estudio, así como las condiciones

en la que se encontraban los pacientes, ya que la mayoría fueron tomados durante su ingreso a la unidad hospitalaria. Es importante considerar la tendencia a la cronicidad de los trastornos afectivos requiriendo una mayor atención al tratamiento de los mismos ya que quizás sea particularmente importante para el manejo integral del paciente (27)

- \* En el punto numero 4, se encuentran los mecanismos de afrontamiento más utilizados por pacientes que han desarrollado trastornos afectivos, complicaciones de la enfermedad y los que no lo han desarrollado

Coyhe y Lazarus (1980) plantearon que las personas y su medio ambiente son vistas de una manera trasaccional en términos de una relación activa y reciproca, afectando y siendo afectada utilizando para medir esta relación los mecanismos de afrontamiento, donde es un proceso dinámico y tanto la demanda como las estrategias de la persona son cambiantes (7)

El afrontamiento tiene 2 funciones ampliamente reconocidas, regulación de las emociones estresantes (afrontamiento dirigido hacia las emociones) y alterando el ambiente problemático o que rodea a las personas causándoles el estrés (afrontamiento enfocado al problema) ambas formas de afrontamiento se encuentran representadas arriba del 98% de los encuentros estresantes reportados en hombres y mujeres de edad adulta. Se ha observado que durante el curso de un encuentro estresante las personas quizás usen de manera alternativa dos mecanismos de afrontamiento, en algunas ocasiones utilizando aparentemente formas contradictorias de afrontamiento sin embargo se puede considerar la

posibilidad que las formas contradictorias observadas de afrontamiento pueden facilitarse mutuamente dependiendo de las amenazas y la manera en que estos encuentros se relacionan a través del tiempo como en el caso de Autocontrol, distanciamiento escape - evitación reportado dentro del grupo de pacientes con depresión, las formas de afrontamiento, Distanciamiento y escape – evitación permiten a la persona no enfocarse a la situación problemática, y el autocontrol, facilita estos tipos de afrontamiento. El uso del autocontrol parece tener diferentes funciones. En los encuentros o sucesos en donde el sujeto necesita más información el autocontrol parece facilita el afrontamiento enfocado el problema que se encuentra acompañado por una búsqueda de apoyo emocional y una planeación para resolver problemas, al contrario en donde las situaciones en donde el sujeto debe reprimirse, el autocontrol está acompañado por afrontamiento de Distanciamiento y de Escape – evitación lo cual sugiere que en estos encuentros o situaciones el autocontrol fue utilizado para mantener las cosas bajo control, como lo observamos en nuestro estudio. Quizás los procesos de autocontrol son multidimensionales y el tipo de reactivo es muy limitado para cada contexto específico de los pacientes. El grupo de pacientes que no desarrollo trastorno afectivos y complicaciones de la diabetes mellitus se encuentran mecanismos de afrontamiento dirigidos o enfocados al problema, lo que se corrobora con otras investigaciones en donde los resultados satisfactorios se asocian a los siguientes mecanismos de afrontamiento. Planeación para resolver problemas, Aceptación, Confrontación, Reforzamiento positivo y búsqueda

de apoyo emocional. El reforzamiento positivo, la búsqueda de apoyo emocional y el distanciamiento, fueron formas enfocadas a las emociones de afrontamiento en donde los dos primeros se asociaron con resultados satisfactorios y la tercera con resultados insatisfactorios (19). Finalmente en nuestro estudio, se puede apreciar que el afrontamiento dirigido al problema permite a los pacientes: 1º aceptar el problema 2º planear alguna forma para resolverlo, 3º aceptar responsabilidades y 4º dirigir la atención hacia aspectos positivos de la situación, presentando un mejor pronóstico que el grupo que utilizó el afrontamiento del tipo Distanciamiento, Escape – evitación.

- \* En el ultimo punto, el numero 5, el apoyo social demostró una relación significativa en grupos sin trastornos afectivos y complicaciones de la diabetes mellitus. Thoits (1986), sugiere que el apoyo social opera primariamente como un asistente del afrontamiento. Otros han propuesto que la potencialización de la autoestima y la sensación de control sobre el ambiente y el apoyo social ayuda a tener experiencias emocionales positivas reduciendo las negativas del estrés. Cohen y Zimet, conceptualizan el apoyo social como un factor positivo que ayuda en el mantenimiento de la salud así como en la recuperación después de una enfermedad. Cohen y Mackay (1984), Gore (1981) y House (1981) argumentaron el que el apoyo social actúa mas fuertemente como un moderador entre los eventos estresantes de la vida y los síntomas físicos y psicológicos, para personas con estrés el apoyo social presenta una

correlación fuertemente negativa con la sintomatología, para aquellos que no están bajo estrés, la relación se cree que es mínima. Finalmente se corrobora lo reportado por diferentes autores como Bloom, Franks, Glasgow, Lloyd y Vázquez en diferentes investigaciones en donde las complicaciones de la enfermedad es tan fuertemente influidas por factores psicosociales, ya que entre mas apoyo social recibe el paciente, su forma de afrontar la enfermedad, conductas a favor de su tratamiento, cuidado de su salud, mejoran, disminuyendo sus niveles de estrés y favoreciendo la adaptación y con ello la realización de conductas a favor de la salud (75)

En nuestro estudio comprobamos la relación e influencia de algunos factores psicosociales en una enfermedad considerada por muchos algo puramente biológico siendo, en lo que respecta a nosotros como psiquiatras y médicos algo importante no debiendo olvidar nuestros conocimientos sino tratando de integrarlos para ayudar al paciente, tomado en cuenta la influencia del apoyo social, mecanismos de afrontamiento en todas las enfermedades y en general todas las situaciones generadoras de estrés

En conclusión, es un hecho que la falta de apoyo social en los pacientes diabéticos, influye en la aparición de complicaciones crónicas relacionadas con la enfermedad y que la utilización de mecanismos de afrontamiento también influye en la presencia de trastornos afectivos en comorbilidad en muchas ocasiones con la diabetes mellitus, por lo que es importante

promover a este nivel, estrategias para lograr un afrontamiento exitoso y un mejor apoyo social, dependiendo de las circunstancias específicas y el contexto en el que, el estrés aparece, mejorado así la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Askenasy A , Dohrenwed B. Exemplification of a Method for Scaling life Events: the Peri Life Events Scale. *J of Health and social Behavior* 1978; 19: 205-229.
- 2 Barraclough G , Binet L. Coping Behaviors that Mediate Between Life Events and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1982; 39: 1386 – 1391
- 3 Bech p. Allerup P. The Hamilton Scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL – 90 ) A Cross-National Validity Study in Patients With Panic Disorders. *British Journal of Psychiatry* 1992; 1992; 160: 206-211
- 4 Billings A ; Moos R. Coping, Stress, and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. *J. of Personality and Social Psychology* 1984; 46 (4): 877-891
- 5 Colin Coles B. Psychology in Diabetes Care. *Practical Diabetes International* 1996; 13 (2) ; 55-57.
- 6 Conte H. , Plutchik R. , Picard S. Sex Differences in personality Traits and Coping Styles of Hospitalized Alcoholics. *J of Studies on Alcohol* 1991; 52 (1): 26-32.
- 7 Coyne J. Aldwin c. Depression and Coping in Stressful Episodes. *J. of Abnormal Psychology* 1981; 90 (5): 439-447.
- 8 Chávez E , Lara M; Ontiveros M; Cortés J. La relación de los mecanismos de defensa con los trastornos de Angustia. *Salud Mental* 1997; 20: 24-27

9. Denollet J Negative Affectivity and Repressive Coping Pervasive Influence on Self –Reported Mood, Health, and Coronary – Prone Behavior *Psychosomatic medicine* 1991; 53:538-556
10. Eaton W Life Events, Social Supports, and Psychiatric Symptoms: a Re-analysis of the New Haven Data *J. of Health and Social Behavior* 1978;19: 230-234
11. Endler N; Parker J. Multidimensional assessment of Coping: a Critical Evaluation *J. of Personality and Social Psychology* 1990; 58 (5): 844-854
- 12 Evans M , Hammond M; Lye M Placebo – Controlled Treatment trial of Depression in Elderly Physically I II Patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 12: 817 824
- 13 Evans M , Hammond M; Wilson K; Treatment of Depression in the Elderly: Effect of Physical Illness on Response *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 12: 1189-1194.
- 14 Feifel H., Strack S; Tong Nag y V ; Degree of life – Threat and Differential Use of Coping Modes *J. of Psychosomatic Research* 1987;31(1): 91-99
- 15 Feifel H., Strack S; Tong Nagy V Coping Strategies and Associated Features of Medically Ill Patients *Psychosomatic Medicine* 1987;49: 616-625
- 16 Folkman S. Personal Control and Stress and Coping Processes; a Theoretical Analysis. *J. of Personality and Social Psychology* 1984; 46 (4): 839-852.



17. Folkman S. Lazarus R. If it Changes it Must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *J. of Personality and Social Psychology* 1985; 58(2): 150-170
18. Folkman S; Lazarus R. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *J. of Personality and Social Psychology* 1986; 50 (3): 571-579
19. Folkman S. ,Lazarus R. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounterr Outcomes. *J of Personality and Social Psychology* 1986; 50 (5): 992-1003
20. Garduño J; Téllez J. Hernández L. Frecuencia de Depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus TIPO 2. *Rev. Invest. Clin* 1998; 50: 287-291
21. Gavard J; Lustman P, Clouse R. Prevalence of Depression in Adults with Diabetes. An Epidemiological Evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16: 1167-78
22. Glasgow R; Hampson S.; Strycker L. Personal Model Beliefs and Social – Environmental Barriers Related to Diabetes Self-Management. *Diabetes Care* 1997; 20 (4): 556-561
23. Glasgow R; Ruggiero L ; Eakn E; Dryfoos J. Quality of life and Associated Characteristics in a Large National Sample of Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 1997; 20 (4): 562-567.
24. Gore S. The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment. *J of Health and Social Behavior* 1978; 19: 157-165

- 25 Grey M; Boland E; Davidson M; Yu C. Short-Term Effects of Coping Skills Training a Adjunct to Intensive Therapy in Adolescents Diabetes Care 1998;21 (6):902-908.
- 26 Hamburg B; Inoff G Coping With Predictable Crises of Diabetes Diabetes Care 1983; 6 (4): 409-416
- 27 Lustman P; Griffith L; Clouse R Depression in Adults with Diabetes Diabetes Care 1988; 11 (8): 605-612
- 28 Jacobson A. Depression and Diabetes Diabetes Care 1993;16;1621-1623
- 29 Jacobs S; Kasl S; Schaefer C Conscious and Unconscious Coping with Loos Psychosomatic Medicine 1994; 56: 557-563
- 30 Keefe F Salley,A; Lefebvre A Coping with Pain: Conceptual Concerns and Future Directions Pain 1992; 51: 131-134
- 31 Kovacs M; Obrosky S; Goldston D. Major Depressive Disorder in Youths with IDDM Diabetes Care 1997; 20 (1): 45-51
- 32 Lane J; Stabler B; Ross S.; Morris M; Psychological Predictors of Glucose Control in Patients with IDDM Diabetes Care 1988; 11 (10): 798-800
- 33 Lazarus R. Theory- Based Stress Measurement Psychological Inquiry 1990;1 (1); 3-51.
- 34 Lazarus R Stress, Appraisal and Coping Ediciones Roca, S.A 1991;140-279
- 35 Lazarus R. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. Psychosomatic Medicine 1993; 55: 234-247.

- 36 Liem R, Liem J. Social Class and Mental Illness Reconsidered: The Role of Economic Stress and Social Support. *J. of Health and Social Behavior* 1978;19: 139-156.
- 37 Lloyd C; Matthews K; Wing R. Psychosocial Factors and Complication of IDDM. *Diabetes Care* 1992; 15 (2): 166-172.
- 38 Lustman P, Amado H; Wetzel R. Depression in Diabetics: a Critical Appraisal. *Comprehensive Psychiatry* 1983; 24 (1): 65-74.
- 39 Lustman P; Griffith L; Clouse R. Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 1988;11 (8): 605-612.
40. Lustman P; Griffith L. Clouse R. Psychiatric Illness and Diabetes Mellitus: Relation Ship to Symptoms and Glucose Control. *Diabetes Spectrum* 1994; 7 (3): 176-178.
41. Lustman P; Griffith L; Cryer P; Psychiatric Illness in Diabetes Mellitus. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174 (12): 736-742.
42. McCrae R. Situational Determinants of Coping Responses: Loss Threat and Challenge. *J. of Personality and Social Psychology* 1984; 46 (4): 919-928.
43. Megrady A; Bailey B; Good M. Controlled Study of Biofeedback – Assisted Relaxation in Type I Diabetes. *Diabetes Care* 1991; 14 (5): 360-365.
44. MacRae Holmes D. The Person and Diabetes in Psychosocial Context. *Diabetes Care* 1986; 9(2): 194-206.

45. Manjarrez G Herrera J., Molina A. Alteraciones en la Síntesis de Serotonina Cerebral Inducidas por Diabetes Mellitus Insulino – Dependiente. Rev. Invest Clin 1999; 51: 293-302.
46. Meninger W. Psychological Factors in the Etiology of Diabetes. J nerv. Ment Dis. 1935; 81: 1-13
47. Mazze R, Lucido D, Shamoon H psychological and Social Correlates of Glycemic Control Diabetes Care 1984; 7: 360-363
48. Peyrot M., Mc Murry J stress Buffering and Glycemic Control, The Role of Coping Styles Diabetes Care 1992; 15(7): 842-846
49. Peyrot M; Rubin R Living with Diabetes: The Patient Centered Perspective Diabetes Spectrum 1994; 7(3): 204-208
50. Peyrot M; Rubin R Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology Among Diabetic Adults Diabetes Care 1997; 20(4): 585-590
51. Pichot P. American Psychiatric Association Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 4a ed Washington: American Pshychiatric Association; 1995: 323 456
52. Quibrera R; Hernández H; Aradillas C Prevalencias de Diabetes, Intolerancia a la Glucosa, Hiperlipemia y factores de Riesgo en función de Nivel Socioeconómico Rev Invest Clin 1994; 46:25-36.
53. Rubin R; Peyrot M. Psychosocial Problems and Interventions in Diabetes Diabetes Care 19912; 15(11): 1640-1657.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

54. Ryan C. Neurobehavioral Complications of Type I Diabetes Examination of Possible Risk Factors. *Diabetes Care* 1988; 11: 86-93.
55. Schroeder D , Costa P Influence of Life Event Stress on Physical Illness: Substantive Effects or Methodological Flaws? *J Of Personality and Social Psychology* 1984; 46(4): 853-863
56. Shapiro D , Rodríguez I., Boggs S Cluster Análisis of the Medical Coping Modes Questionnaire: Evidence for Coping with Cancer Styles? *J of Psychosomatic Research* 1994; 38: 151-159
57. Shinn M , Rosario M , Morch H. Coping With Job Stress and burnout in the Human Services *J. of Personality and Social Psychology* 1984; 46(4): 864-876.
58. Smith R , Smoll F. Conjunctive Moderator Variables in Vulnerability and Resiliency Research: Life Stress, Social Support and Coping Skills, and Adolescent Sport Injuries *J of Personality and Social Psychology* 1990; 58(2): 360-370.
59. Stabler B., Lane J., Ross S., Litton J Type A Behavior Pattern and Chronic Glycemic Control in Individuals with IDDM. *Diabetes Care* 1988; 11(4): 361-362
60. Strain J , Jeffrey S., Hammer M the Problem of Coping as a Reason for psychiatric Consultation. *General Hospital Psychiatry* 1993; 15:1-18
61. Sundbom E., Kullgren G. Multivariate Modelling and the Defence Mechanism Test: a Comparative Study of Defensive Structures in Borderline,

- Other Personality Disorders and Schizophrenic Disorder. *Acta Psychiatry Scand* 1992; 86: 379-385.
- 62 Surwit R., Feinglos M. The Effects of Relaxation on glucose Tolerance In Non-Insulin-Dependent Diabetes. *Diabetes Care* 1983; 6(2): 176-179
- 63 Surwith R Feinglos M stress and Autonomic Nervous System in Type II Diabetes. *Diabetes Care* 1988; 11(1): 83-85
- 64 Tauschke E , Merkey H , Helmes E Psychological Defence Mechanisms in Patients with Pain. *Pain* 1990; 40: 161-170.
- 65 Tomaszewska W., Peselow E , Barouche F Antecedent Life Events, Social Supprts and Response To Antidepressants in Depressed Patients. *Acta Psychiatry Scand* 1992; 94: 352-357
- 66 Trief P , grant W , Elbert K., Weinstock R. Family Environment, Glycemic Control, and the Psychosocial Adaptation of Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21(2): 241-245
- 67 Ursin H , Olff M. psychobiology of Coping and Defence Strategies. *Neuropsychobiology* 1993; 28: 66-71.
- 68 Waldstein S., Bachen E , Manucks. Active Coping and Cardiovascular Reactivity: a Multiplicity of Influences. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59:620-625.
- 69 Warheit G. life Events, Coping, Stress and Depressive Symptomatology. *Am J. Psychiatry* 1979;136:4B: 502-507.
- 70 Welch W., Jacobson M., Polonsky W. the Problem areas in Diabetes Scale. *Diabetes Care* 1997; 20(5): 760-766

- 71 Weyerer S., Hewer W., Pfeifer M. Psychiatric Disorders and Diabetes Results from a Community Study J of Psychosomatic Research 1989; 33(5): 633-640
- 72 Wilkinson G The Influence of Psychological and Social Factors on the Control of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus J of Psychosomatic Research 1987; 31(3) 277-286.
- 73 Wilkinson G., Borseley D, Leslie P Psychiatric Morbidity and Social Problems in Patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus British Journal of Psychiatry 1988; 153: 38-43
- 74 Zárate A diabetes Mellitus in México. Diabetes Care 1999; 14 (Suppl 3) 672-675.
- 75 Zimet G , Dahlem N , Gordon K. the Multidimensional Scale of Perceived Social Support Journal of Personality Assesment 1988; 52(1): 30-41
- 76 Zimment P. primary Prevention of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1988 1: 258-268
- 77 Zimment P. challenges in Diabetes Epidemiology From West to the Rest Diabetes Care 1992; 15: 232-252.