



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN
LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES
DIABÉTICOS

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
VALENTÍN SANDOVAL VICTORIA ALMA DELIA

ASESORA:
DRA. MARISELA ROCÍO SORIA TRUJANO

DICTAMINADORES:
DRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO
DR. CARLOS NARCISO NAVA QUIROZ



TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. DE MÉXICO 2005.



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.

AGRADECIMIENTOS.

A MI MADRE QUE POR SEGUNDA OCASIÓN ME DIO LA
VIDA Y GRACIAS A ELLA AÚN SIGO AQUÍ.

ÍNDICE

Resumen

Introducción.....	1
Capítulo 1 Estrés.....	3
1.1. definiciones de estrés.....	3
1.2. fases de la respuesta de estrés.....	5
1.3. evaluación cognitiva.....	7
1.4. afrontamiento.....	8
1.5. estrategias físicas de afrontamiento.....	11
Capítulo 2. Apoyo social.....	14
2.1. antecedentes históricos.....	14
2.2. definiciones de apoyo social.....	16
2.3. conceptualizaciones de apoyo social.....	17
2.4. dimensiones del apoyo social.....	18
2.5. tipos de apoyo social.....	19
2.6. niveles de apoyo social.....	20
2.7. medidas de apoyo social.....	21
2.8. perspectivas teóricas del apoyo social.....	24
2.9. apoyo social y salud.....	27
Capítulo 3. Diabetes y adherencia terapéutica.....	31
3.1. definiciones de diabetes.....	31
3.2. estrés y diabetes.....	33
3.3. familia y diabetes.....	34
3.4. definiciones de adherencia terapéutica.....	36
LOS EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS.	
Justificación.....	42
Método.....	45
Resultados.....	48
Discusión.....	54
Referencias.....	59
Anexos	

RESUMEN.

La diabetes se ha convertido en un importante problema en México, por tal motivo, se ha observado que en el ámbito de la psicología son cada vez más las investigaciones que se han hecho para conocer acerca de ésta y otras enfermedades. Aunado a lo anterior, el estrés también ha incrementado en la población mexicana afectando de diversas formas la calidad de vida de las personas, afortunadamente, existen ciertas "herramientas" que se pueden utilizar para controlar y disminuir el nivel de estrés y además, mejorar la calidad de vida de pacientes con diabetes, tal herramienta es el apoyo social, concepto prácticamente nuevo. Así, el apoyo social es el que brindan amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., a alguna persona, por ejemplo, a un paciente con diabetes.

Por lo tanto, el apoyo social, es muy necesario debido a que se ha observado que además de ayudar a disminuir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida, también está relacionado con la adherencia terapéutica, es decir, que gracias al apoyo social los pacientes siguen las instrucciones que reciben del médico que los atiende, respecto a tomar los medicamentos, hacer ejercicio, llevar a cabo la dieta, asistir puntualmente a consultas etc.

En el presente trabajo se realizó un estudio con 100 pacientes diabéticos para evaluar las propiedades de las conductas de apoyo social y adherencia terapéutica, y su relación con el estrés. Para ello, se aplicaron a cada participante tres instrumentos: Escala de Adherencia Terapéutica, Inventario Índice de Estrés Cotidiano y Escala de Conductas de Apoyo Social. Los datos se analizaron con las pruebas estadísticas R de Pearson, Anova de una Vía y la Prueba de Tukey. Los resultados mostraron que no hubo una relación entre apoyo social y estrés, ni entre el apoyo social y adherencia, por tal motivo, se formaron los siguientes grupos: adherencia terapéutica que se dividió en alta y baja; y estrés dividido en alto, medio y bajo. Se encontró que cuando los pacientes presentaban altos niveles de estrés, su adherencia terapéutica fue baja y por el contrario, cuando los niveles de estrés eran bajos, la adherencia terapéutica fue alta.

Se puede concluir que en la presente muestra no se encontró una relación entre el apoyo social y la adherencia, pero sí una relación entre el estrés y la adherencia terapéutica; sin embargo, dichos resultados pueden deberse a factores tales como, el tamaño de la muestra y los tipos de instrumentos que se emplearon.

INTRODUCCIÓN.

Desde la perspectiva psicológica, la diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que ha interesado a un gran número de investigadores, debido a que es un padecimiento que puede afectar diversas áreas de las personas que la padecen, es decir, que un paciente con diabetes, no sólo se enfrenta a cambios físicos, sino también, cambios emocionales y conductuales, es por ello que en el ámbito de la psicología se han descubierto nuevas formas de enfrentar de manera eficaz esta enfermedad.

Así, la diabetes es una enfermedad que no sólo afecta al paciente que la padece, sino también a toda la familia del mismo, debido a que en el sistema familiar cada miembro tiene una función particular y al presentarse una enfermedad en alguno de ellos se modifican dichas funciones, se pueden ver alteradas las actividades cotidianas de la familia en general y hay que adaptarse al nuevo estilo de vida.

El problema de la diabetes se presenta en niños, adolescentes, adultos y ancianos. En México, se ha observado un incremento en el número de personas que padecen dicha enfermedad, por lo tanto, como se mencionó anteriormente, el papel que juega la familia del paciente es de gran importancia debido a que tanto en ésta como en otras enfermedades, los pacientes también se ven afectados por el estrés. Asimismo, se ha comprobado que el apoyo social que brindan tanto la familia, como los amigos, compañeros de trabajo, de la escuela o alguna otra persona cercana al paciente ayuda para controlar y disminuir el nivel de estrés en la persona enferma.

Así, se ha observado que el apoyo social además de disminuir el nivel de estrés (Lundero y González, 2002), también influye en la adherencia terapéutica que tienen los pacientes. Es decir, que el apoyo social ayuda a que el individuo siga las instrucciones que recibe del médico que lo atiende respecto a: la

frecuencia y constancia para tomar los medicamentos, hacer ejercicio, asistir a las consultas, realizarse los estudios correspondientes, etc.

Por lo tanto, surge la necesidad de conocer cómo es que se relacionan el apoyo social, el estrés y la adherencia terapéutica en pacientes con alguna enfermedad crónica, ya que los problemas de estrés y de diabetes se han incrementado notablemente y es importante estudiar la influencia del apoyo social como posible herramienta para mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas en general.

De estas consideraciones surgió el proyecto general de investigación, el cual lleva como título "Percepción de apoyo social y estrés: relación social y salud", cuyo objetivo es evaluar cómo el apoyo social se relaciona con el afrontamiento, el estrés y la enfermedad.

El presente proyecto se deriva del proyecto general y tiene como objetivo evaluar las propiedades de las conductas de apoyo social y adherencia terapéutica, y su relación con el estrés en pacientes diabéticos.

El cuerpo teórico del presente proyecto está conformado por tres capítulos. En el primero de ellos se presentan algunas definiciones de estrés y la relación de éste con la enfermedad. En el desarrollo del segundo capítulo se dan a conocer los antecedentes históricos del apoyo social, algunas definiciones del concepto, tipos de apoyo, niveles, y su relación con el estrés. En el capítulo tres, se explican brevemente algunas definiciones de diabetes, los tipos que existen, además de mencionar definiciones de adherencia terapéutica y su importancia para controlar adecuadamente la enfermedad y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

Posteriormente, se presenta el estudio realizado con 100 participantes diabéticos describiéndose el procedimiento seguido y los resultados obtenidos, con un apartado de discusión. Finalmente se muestran las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO 1. ESTRÉS.

Actualmente, se ha observado un mayor interés por parte de los investigadores de psicología acerca de lo que es el estrés y la importancia que tiene conocer más acerca de éste, ya que por ejemplo, el ritmo de vida que tenemos es más acelerado que el de hace algunos años, es decir, en el trabajo, en la escuela, en el hogar, etc., son mayores las exigencias, y esto puede ocasionar en algunas personas estrés. En el presente capítulo se describen algunas de las definiciones de estrés, se explica brevemente el concepto de afrontamiento y se mencionan algunas estrategias para ayudar a disminuir el nivel de estrés.

Definiciones de estrés:

El concepto estrés es conocido desde el siglo XIV y ha sido retomado por diferentes ciencias, tales como la biología, la medicina, la fisiología y la psicología. Asimismo, se ha creado una gran variedad de conceptos de estrés.

Wolf (citado en Lazarus y Folkman, 1984; pág. 27) en el campo de la biología planteó: “He utilizado la palabra (estrés) en biología para indicar aquel estado que se produce en un ser viviente, como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas; es un estado dinámico del organismo, no un estímulo, ataque, carga, símbolo, peso, ni aspecto alguno del entorno interno, externo, social ni de cualquier otra clase”.

“El estrés son estados emocionales causados por el recargo físico o mental, por situaciones de tensión, de peligro, etc. En los estados de estrés aparecen perturbaciones del funcionamiento cardiovascular, así como cambios bioeléctricos en el sistema nervioso central y en la química de la sangre. El estrés provoca cambios del comportamiento, irritabilidad, disminución de la coherencia al hablar, etc.” (Gran Enciclopedia, 1994; pág. 562).

“Los estados de estrés se refieren como estados que emergen de un desbalance entre la demanda y la capacidad de adaptación vital del individuo. Ellos surgen debido a las influencias o fuerzas de distinta variedad o magnitud que inciden sobre el sujeto” (Rodríguez, 1999; pág. 20).

En el campo de la Psicología, Lazarus y Folkman (1984; citados en Lundero y González, 2002) definieron el estrés psicológico como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (pág. 280).

Lazarus sugirió que “el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por lo tanto, no se considera el estrés como una variable, sino como una rúbrica de distintas variables y procesos” (Lazarus y Folkman, 1984; págs. 35 y 36).

Para autores como Félix y Nachón (2001; pág. 92) el estrés es un “proceso o mecanismo general mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio interno adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que habita”.

Por otro lado, Pozos, Balcazar y cols., (1999; pág. 81) señalan que “El estrés es un estado de activación automática y neuroendocrina de naturaleza displacentera que implica un fracaso adaptativo e inhibición inmunológica y conductual”.

Lloret, González y Peiró (1995; citados en Robles y Valdez, 2002; pág. 96) definen el estrés de rol como “el desequilibrio percibido por la persona entre las demandas que le son hechas y su capacidad de respuesta, cuando la satisfacción de tales demandas es valorada”.

Para Meichenbaum (1987; citado en Valadez y Landa, 1998; pág. 63) “estrés es el término o concepto usado para explicar una gran cantidad de experiencias humanas, la mayoría de ellas negativas, y además es un factor que contribuye a aumentar los desórdenes físicos y psicológicos”.

Con base en las definiciones anteriormente expuestas se puede concluir que el estrés es considerado como respuesta que surge de una relación entre el individuo y el entorno que es considerado como amenazante.

Fases de la respuesta de estrés .

Se describen tres fases sucesivas de adaptación del organismo:

1.- Fase de reacción de alarma: ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar de un estímulo estresante. Se genera una activación del sistema nervioso con las típicas manifestaciones de sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina.

Se genera también una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.

2.- Fase de resistencia: ésta aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

3.- Fase de agotamiento: como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia, y el organismo entra en una fase de agotamiento, con aparición de alteraciones psicosomáticas (<http://www.guiadeestres.com>).

Por otro lado, las enfermedades que padecemos son cada vez más debido a la falta de atención del mismo individuo sobre su propio cuerpo, ya que nos han acostumbrado a trabajar y esforzarnos para poder sobrevivir, por lo tanto, no

tenemos tiempo suficiente para comer ni para ingerir alimentos nutritivos, no nos preocupamos por reflexionar el tipo de vida que llevamos y en la mayoría de los casos sólo nos preocupamos por problemas de familia, del trabajo, de nuestras relaciones sociales o de pareja, es decir, que la falta de cuidados en nuestra alimentación, no hacer ejercicio y preocuparnos demasiado por problemas cotidianos ocasiona con gran frecuencia que los individuos se sientan estresados. Así, el estrés es considerado una de las principales causas de diversas enfermedades y es importante conocer más información acerca de esta problemática para lograr mejorar nuestra calidad de vida y ayudar a las demás personas a controlar el estrés (Valadez y Landa, 1998).

Algunas alteraciones relacionadas con el estrés y de orden más común son los problemas gastrointestinales. Los más serios son la úlcera péptica y la anorexia nerviosa. Las úlceras están producidas por un exceso de jugos gástricos o por una sensibilidad excesiva en una zona de la pared digestiva, lo que causa náuseas y dolor. La anorexia nerviosa, más común entre las mujeres adolescentes, se caracteriza por la negativa a comer, hasta el extremo de que pueden llegar a morir. Las disfunciones gastrointestinales producidas por el estrés son las dolencias inflamatorias del colon y el intestino, tales como la colitis ulcerosa y la enteritis local (Arita y Arauz, 1999).

Lo anteriormente planteado puede conllevar a distintas sintomatologías, que son los trastornos emocionales y éstos se pueden manifestar de diferentes maneras, dependiendo de la persona, su edad, condición social, estilo de vida, logros, etc. Entre las principales enfermedades asociadas al estrés se encuentran las úlceras, indigestión, vómitos, estreñimiento, irritación del colon, asma, dismenorreas, anomalías en el ciclo menstrual, diabetes, jaquecas, cáncer, y enfermedades cardíacas, como infartos, palpitaciones o arritmias (Lundero y González, 2002).

Evaluación Cognitiva.

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante y puede poner en peligro su bienestar. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante (Lazarus y Folkman, 1984).

Por lo tanto, debido a las diferencias individuales y de grupo, surge la necesidad de evaluar el nivel de estrés, ya que por ejemplo, ante situaciones similares encontramos respuestas diferentes en cada individuo. Las personas difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos hechos.

La evaluación cognitiva refleja la cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características, tales como valores, percepción y pensamiento, y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

Así, las tres formas básicas de la evaluación cognitiva son:

Evaluación primaria, en esta evaluación se encuentran las situaciones irrelevantes, las situaciones benigno-positivas y las situaciones estresantes; dentro de estas últimas situaciones existen el daño o pérdida, amenaza y desafío.

Cuando el individuo está en su entorno y no percibe alguna situación negativa, entonces no tiene interés por las posibles consecuencias, se dice que pertenece a la categoría de **irrelevante**.

Cuando las consecuencias del encuentro entre el entorno y el individuo se valoran como positivas, entonces se generan emociones placenteras en el sujeto, tales como, felicidad, alegría, amor, etc., y son evaluaciones **benigno-positivas**.

Dentro de las evaluaciones estresantes, se encuentran aquellas que significan daño o pérdida, amenaza y desafío. Cuando el individuo ha recibido algún perjuicio, ya sea una lesión, enfermedad, daño a su autoestima, o la pérdida de algún familiar, se considera que ha sufrido un **daño o pérdida**.

Cuando dicho daño o pérdida aún no ocurre pero se prevé se considera **amenaza**.

El **desafío** se refiere a la movilización de estrategias de afrontamiento. En el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras, tales como, excitación, regocijo, impaciencia.

Evaluación secundaria, en esta evaluación se encuentran las estrategias de afrontamiento del individuo a las situaciones estresantes. Es decir, que cuando estamos en peligro, es necesario actuar sobre la situación, por lo tanto, debemos determinar qué puede hacerse, a esto se le conoce como evaluación secundaria. Es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por las que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera.

Reevaluación, aquí se observan los cambios efectuados de una evaluación previa a partir de una nueva información o experiencia del individuo. La reevaluación se refiere a un cambio en la evaluación inicial con base en la nueva información recibida del entorno, esto puede ocasionar un incremento o decremento de la tensión del individuo. Una reevaluación es una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla.

La **reevaluación defensiva** consiste en cualquier esfuerzo que se haga para reinterpretar una situación del pasado de manera más positiva o bien para afrontar los daños y amenazas del presente mirándolos de una forma menos negativa (Lazarus y Folkman, 1984).

Afrontamiento.

Es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera. Es un conjunto de recursos sociales que el individuo aprende y que

aparecen como consecuencia de las interacciones con el entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento es un proceso vital que puede ocurrir individual o familiarmente, pero la mayoría de los problemas individuales tienen un impacto, primero sobre algunos miembros de la familia y después sobre toda la familia.

Murphy (1974; citado en Ruano, 2001) plantea que el afrontamiento va más allá de los confines de la resolución de problemas e incluye los intentos por ensayo y error que se siguen cuando la resolución no es evidente.

El afrontamiento para Coles y Coles (1978; citados en Ruano, 2001) surge desde un contexto estresante, es una respuesta al cambio y provoca la creatividad y la producción de nuevas conductas.

Lazarus y Folkman (1986; citados en Ruano, 2001) consideran el afrontamiento como un proceso definiéndolo 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” (pág. 110).

Se puede decir entonces que cuando las personas perciben apoyo social ya sea de familiares, amigos o ambos tienen una moral más elevada y un estado de salud más adecuado y funcionarán mejor si reciben o creen recibir apoyo social cuando lo necesitan. Cuando los individuos perciben apoyo social, pueden afirmar que sus familiares y/o amigos los ayudarían a olvidar sus problemas, los escucharían, no los juzgarían, les darían consejos, les ayudarían económicamente si fuera necesario, se preocuparían por ellos, los comprenderían, etc. El apoyo social se puede percibir de diversas maneras, por lo tanto, una clave importante es ser una persona con habilidades sociales ya que esto enriquece el apoyo social percibido (Lazarus y Folkman, 1984).

Por otra parte, se ha observado que las personas son más vulnerables a enfermedades de todo tipo cuando están sometidas a un gran nivel de estrés. Por lo tanto, los acontecimientos negativos, por ejemplo, la muerte de un ser querido, el despido del trabajo, etc., parecen causar el suficiente estrés como para reducir la resistencia del cuerpo a la enfermedad. Sin embargo, las circunstancias positivas, tales como un nuevo trabajo o el nacimiento de un bebé en casa, también pueden alterar la capacidad normal de una persona para resistir la enfermedad.

Asimismo, el estrés puede ejercer alguna influencia sobre cualquier enfermedad, tales como el catarro o la tuberculosis, y quizás incluso el cáncer y afecta directamente a otras. Los científicos atribuyen al menos parte de este efecto a la historia evolutiva, argumentando que cuando había que vivir con constantes amenazas físicas por parte de animales salvajes y otros elementos, así como de otros individuos, el cuerpo evolucionó ayudando a gestionar estas presiones físicas. Por tal motivo, el corazón late más de prisa, aumenta la presión de la sangre y otros sistemas corporales se preparan para enfrentarse a la amenaza. Así, cuando alguien reacciona físicamente para salir de una amenaza, estos sistemas retornan a la normalidad. Huir o luchar, denominadas reacción de agresión o fuga, son dos formas acertadas de combatir muchas amenazas físicas. Sin embargo, el problema surge cuando el cuerpo está preparado para enfrentarse al peligro pero no puede hacerlo. Quedar atrapado en un atasco de tráfico, por ejemplo, puede hacer que el cuerpo se prepare para una respuesta de agresión o fuga, pero cuando no se puede tomar alguna acción, los sistemas corporales permanecen hiperactivos. La repetición de experiencias similares de naturaleza frustrante puede crear estados tales como la hipertensión (Domínguez y Olvera, 2002).

Por consiguiente, el afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera. Es decir, el afrontamiento es un proceso que surge cuando los individuos se enfrentan a ciertas situaciones

estresantes y se ven obligados a hacer algo para tratar de controlar dicha situación, es decir, que cada individuo reacciona de distinta manera a una situación estresante debido a las diferencias individuales, las cuales están relacionadas con la experiencia que cada sujeto tiene, la autoestima, su personalidad, etc. (Lazarus y Folkman, 1984).

Estrategias físicas de afrontamiento.

A continuación se mencionan algunas de las técnicas y estrategias que se emplean para tratar de controlar y disminuir los niveles de estrés en las personas.

La relajación es muy útil debido a que es una opción práctica que tiene el individuo para lograr controlar el estrés que se presenta, ya que la relajación se puede practicar en cualquier lugar; es muy efectiva para disminuir el estrés.

Respiración profunda.

Los sujetos pueden cerrar los ojos y de ser posible, ponerse lo más cómodos que puedan. La relajación puede llevarse a cabo en casa, en un consultorio, o bien ante algún evento estresante como por ejemplo, en una situación de tránsito excesivo. Deben realizar una inspiración lenta y profunda y después hacer una expiración lentamente. Repetir seis u ocho veces mientras se concentran en respirar. La respiración es muy útil en los procesos de ansiedad, hostilidad, resentimiento, tensión muscular, fatiga y cansancio crónico (Meichenbaum, 1987).

Entrenamiento autógeno.

El entrenamiento autógeno, es una forma de “relajación mental” . Es preferible que el individuo esté recostado durante el procedimiento. La relajación se consigue haciendo que la persona se concentre en diversas partes de su cuerpo e imagine intensamente sensaciones de “calor” y “peso” hasta que todo el cuerpo queda relajado. Puede emplearse una palabra como “calma” para asociarla

a la experiencia, de modo que se convierta en un indicador para la relajación. Para facilitar la enseñanza y la práctica, se pueden grabar en cinta las instrucciones del entrenamiento autógeno (Meichenbaum, 1987).

Tensión-relajación muscular.

Es el entrenamiento en el contraste de tensión-relajación. Se instruye al individuo para que alterne el tensar y liberar cada zona muscular importante: manos, brazos, pecho, hombros, la parte superior de la espalda, la parte inferior de la espalda, abdomen, trasero, muslos, músculos de la pantorrilla, pies, nuca, garganta, mandíbulas, ojos y frente. La relajación total usualmente se realiza sentándose en una silla reclinable e incluyendo todas las zonas musculares en una sesión (Slaikeu, 1996).

Estrategias cognitivas.

Además de las estrategias antes mencionadas para controlar el nivel de estrés, también existen las estrategias cognitivas. Meichenbaum (1987) menciona que estas estrategias ayudan a los individuos a manejar adecuadamente alguna situación estresante a través de sus propios pensamientos y distracciones provocadas por los mismos para lograr disminuir el estrés. Por tal motivo, es importante conocerlas, aprenderlas y aplicarlas con frecuencia debido a que se cambian los pensamientos negativos por positivos, siendo el objetivo a controlar los pensamientos y utilizarlos de cierta manera para lograr disminuir el nivel de estrés. Este autor señala las siguientes estrategias cognitivas:

Reorientación de la atención.

La mayoría de los sujetos ya han empleado la distracción de un modo u otro. Por lo tanto, habrá que detectar qué puede hacer el individuo para distraer su atención. Por ejemplo, la mayoría de las personas se distraen haciendo cosas tales como leer, ver la televisión, tocar el piano, etc. El propósito de la distracción es alejar la atención de la experiencia estresante. Esto puede lograrse pensando o haciendo otras cosas. Algunas de ellas son: 1) concentrarse en aspectos del

ambiente, concentrarse en las características físicas de la habitación o de un paisaje; 2) distracciones mentales, centrar la atención en diversos pensamientos. Por ejemplo, cantar, recitar poemas, resolver operaciones aritméticas, etc.; 3) desatención imaginaria, el individuo trata de ignorar la situación de estrés o dolor, concentrándose en imágenes agradables para él. Por ejemplo, imaginar que está en la playa, con personas que aprecia.

Reinterpretación cognitiva.

El individuo debe considerar la reacción de estrés como una serie formada por cuatro fases, más que como una reacción de pánico insuperable. En lugar de considerarse a sí mismo indefenso y sin control, aprende a “prepararse” para el estrés, enfrentarse a él, y manejarlo adecuadamente.

Reestructuración Cognitiva.

Esta técnica supone que el individuo considere los aspectos positivos de la situación estresante. El primer paso es identificar los enunciados negativos específicos que se emiten en situaciones de estrés, es necesario registrar los enunciados negativos por escrito. Después el terapeuta y el individuo generan conjuntamente pensamientos positivos de afrontamiento para cada uno de los pensamientos negativos. Tras generar los pensamientos positivos, se instruye a los sujetos para que imaginen que están estresados, al mismo tiempo se les indica que imaginen algunos de sus pensamientos negativos, y después los sustituyan con el pensamiento positivo de afrontamiento.

Combinación de Técnicas.

Otra opción de gran efectividad es la combinación de técnicas, las cuales se emplean cuando el individuo ha aprendido diversas técnicas y habilidades, para afrontar el estrés, las habilidades pueden emplearse de modo secuencial haciendo uso de cada técnica sucesivamente para enfrentarse a la situación que provoca estrés.

CAPÍTULO 2. APOYO SOCIAL.

Actualmente existe un mayor interés por parte de los investigadores en la psicología de la salud acerca de la importancia que tiene el apoyo social como variable en el proceso salud -enfermedad.

Las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que operan, se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción. El apoyo social es un concepto relativamente nuevo en cuanto relacionado con el estrés y la salud. El interés por este tema proviene de que el apoyo social puede reducir el estrés, mejorar la salud y amortiguar o moderar el impacto del estrés laboral. En este capítulo se describen algunos antecedentes históricos en cuanto a estudios sobre apoyo social, se mencionan algunas definiciones, tipos, niveles, algunas teorías y modelos sobre el mismo, su relación con el estrés, y se describe la importancia del apoyo social en algunos aspectos de la vida de las personas.

Antecedentes Históricos.

El concepto de apoyo social es utilizado desde hace muchos años atrás. Para Aristóteles 350 AC. la amistad es una necesidad humana básica como el vestir o el comer, es decir, que necesitamos amar a otros humanos y ser amados por ellos.

Las ideas iniciales del apoyo social provienen de diversos hallazgos donde se percibió que los individuos integrados socialmente estaban considerablemente mejor tanto física como psicológicamente, que los sujetos que no estaban integrados.

Desde los principios del siglo, se comenzó a estudiar la relación entre apoyo social y la salud. La primera evidencia científica de dicho estudio fue la de Durkheim (1858-1917), quien en su estudio sobre el suicidio reportó que tanto la religión como el matrimonio servían como protectores para evitar el suicidio.

A finales de los años 30 y principios de los 40 del siglo XX se descubrió la importancia de los factores socioculturales, ya que la pobreza, la desorganización cultural, la desintegración social y el aislamiento social, suelen correlacionar con una mayor incidencia de patología mental (Bastide, 1978; citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001).

En la década de los años 70 surgen aportaciones respecto del concepto de apoyo social. En esta etapa, diversos autores llevan a cabo nuevas investigaciones y hacen una descripción de los beneficios que tiene el apoyo social a los individuos. Algunos de ellos son: Cassel, Caplan, Weiss y Cobb (citados en Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Cassel (1974-1976) planteó que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo, es decir, que la familia, los amigos y compañeros de trabajo son de gran importancia para que el individuo se sienta querido y valorado. Caplan (1974) menciona que las funciones del apoyo social: feedback, validación y dominio de su ambiente, son básicas para la satisfacción del individuo, por lo tanto, es importante la retroalimentación, dar y recibir afecto a otras personas, tales como, amigos, familia, a la pareja, etc., y sentirse incorporado al contexto en el que se desenvuelve. Para Weiss (1974) existen seis contribuciones del apoyo social: a) sentido de logro; b) integración social; c) aprendizaje; d) reafirmación del valor de uno mismo; e) sensación de alianza y seguridad; y f) posibilidad de obtener consejo. Y por último, se puede mencionar a Cobb (1976) quien sugirió que los beneficios del apoyo social provienen de la información que tienen los individuos respecto de si son amados, valorados, estimados e integrados a un grupo social.

Definiciones de Apoyo Social.

Debido a que el concepto de apoyo social es demasiado amplio y que abarca diversos aspectos, existe un gran número de definiciones de dicho concepto que tratan de explicarlo. Sin embargo, como el apoyo social se maneja desde diferentes perspectivas, algunas de sus definiciones se enfocan a describir el apoyo social recibido, otras describen el apoyo social percibido, y algunas otras abarcan el número de contactos que tienen el individuo con otras personas significativas para él. Por tal motivo, en la literatura sobre el tema, se pueden encontrar definiciones de apoyo social, tales como:

Moos (1973; citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001) señala que el apoyo social es “el sentimiento subjetivo de ser aceptado y amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno pueda hacer” (pág. 8).

“El apoyo social se refiere a una serie de ventajas ofrecidas por seres humanos, de manera formal o informal, como individuos o como grupos” (Davidoff, 1989; pág. 416).

“El apoyo social, también llamado soporte social, se ha definido como el número de contactos sociales mantenidos por una persona o la amplitud de una red social” (Pérez y Márquez, 1997; pág. 117).

Para Myers (1999; pág. 533) “El apoyo social es: sentirse amado, reafirmado y alentado por los amigos íntimos y por la familia, así potencia la felicidad y la salud”.

Por otro lado, Lundero y González, (2002; pág. 282) consideran que “El apoyo social es la ayuda accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global”.

Coob (1976; citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001) afirma que “el apoyo social es la información que guía al individuo a creer si es amado..., estimado y valorado... y que pertenece a una red de comunicación y obligación mutua” (pág. 8).

Por lo tanto, se puede decir que apoyo social es el sentimiento de ser aceptado, amado y necesitado. El individuo cree que es amado, estimado y valorado y que pertenece a una red de comunicación y obligación mutua. Las interacciones o relaciones sociales que brindan a los individuos ayuda o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se perciben como queridas o amadas son conocidas como apoyo social.

Conceptualizaciones de Apoyo Social.

Debido a que las definiciones del apoyo social abarcan aspectos funcionales y estructurales, surge la necesidad de diferenciar estos conceptos. A continuación se describen brevemente el concepto estructural, el concepto funcional y el metaconstructo.

a) Concepto estructural.

Se refiere a la interconexión de los individuos y sus vínculos sociales como un mapa de redes de afiliación; por ejemplo, número de vínculos, interrelación entre los miembros de la red, tamaño de la red. Para el individuo es importante el número de amigos íntimos, el tipo de relación con su pareja y el pertenecer a organizaciones.

b) Concepto funcional.

Se enfoca a la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales y cómo son evaluadas por el individuo, es decir, es la evaluación que hace el individuo acerca de si una relación es útil o no, y si lo es, qué tanta utilidad tiene para el individuo.

c) Metaconstructo.

De acuerdo a algunos investigadores lo más conveniente es considerar el apoyo social como un metaconstructo, ya que está compuesto por varios constructos, los cuales son clasificados de la siguiente forma: 1) recursos de la red de apoyo; el tamaño, la estructura y el tipo de relaciones características; 2) actos de apoyo específicos; conductas como escuchar, aconsejar, prestar dinero, ayudar en tareas y socializar; 3) evaluación subjetiva del apoyo; las percepciones y/o creencias que tiene el individuo de sentirse respetado, incluido, y que lo tomen en cuenta (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Dimensiones del Apoyo Social.

El apoyo social es un concepto con múltiples interpretaciones y que abarca diversos aspectos del individuo y su relación con los demás. Tardy (1985; citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001) planteó cinco dimensiones del apoyo social:

- 1) **Direccionalidad:** lo que se recibe de los otros y lo que se les da a los otros o ambas cosas, dar y recibir apoyo social a y de las demás personas.
- 2) **Disponibilidad:** se refiere a la cantidad y calidad del apoyo a las que la persona tiene acceso, aunque no lo esté utilizando.
- 3) **Descripción /evaluación:** es la forma en la cual el individuo describe el apoyo social que percibe y la evaluación se refiere a la satisfacción de la gente en cuanto al apoyo social que percibe y/o recibe. En ocasiones se estudian ambas dimensiones.

4) **Contenido:** debido a la gran variación del contenido del apoyo social en diversas situaciones, éste se clasifica en cuatro tipos: a) apoyo emocional; b) apoyo informativo; c) apoyo instrumental; y d) apoyo valorativo. Estos tipos de apoyo social se describen detalladamente más adelante.

5) **Conexión:** implica la dimensión social del apoyo y de dónde proviene, de la familia, de los amigos, de los compañeros de trabajo, etc.

Tipos de Apoyo Social.

Pérez y Martín (2000) mencionan cuatro tipos de apoyo social. Cada uno de ellos hace referencia a diversos aspectos de las interrelaciones sociales. Se refieren a una clase de conductas y relaciones.

Apoyo emocional.

Un tipo de apoyo es el denominado apoyo emocional. Éste comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes.

Apoyo instrumental.

Se ofrece apoyo instrumental cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o a acabar el trabajo, se cuida de alguien, etc. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas, así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración.

Apoyo informativo.

El apoyo informativo se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que éstas puedan usarla para hacer frente a las situaciones

problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

Apoyo evaluativo

El apoyo evaluativo, al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

Niveles de Apoyo Social.

Pérez y Martín (2000) señalan cuatro niveles de apoyo social, en los cuales se mencionan las características de cada uno de ellos, tales como, el número de personas que integran una red social del individuo, la calidad de las relaciones, la percepción del apoyo social por parte de la familia o amistades, etc.

Nivel I

El nivel más básico en la conceptualización del apoyo social es aquel que lo aborda como integración social. Este nivel de análisis se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se hace referencia a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona: número de contactos, clase de los mismos, matrimonio, amistad. Este nivel no es capaz de explicar la relación entre salud y apoyo social.

Nivel II

La perspectiva del apoyo social como "relaciones de calidad" añade una importante cuestión al nivel anterior. Desde este punto de vista se atiende a la

calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir unas relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc.

Nivel III

Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.

Nivel IV

El último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia a las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

Medidas de Apoyo Social.

Debido al interés de diversas disciplinas por intentar medir o cuantificar el apoyo social, se han creado diferentes instrumentos para tal tarea. Se conoce que el concepto es demasiado grande y que abarca varios constructos, por lo tanto, se tratan de capturar todas sus facetas en una sola. A pesar de su diversidad, los instrumentos para medir el apoyo social se agrupan en tres categorías: 1) medidas de la red; 2) medidas del apoyo recibido en la actualidad o que se informa que ha sido recibido; y 3) medidas de la cantidad de apoyo que la persona percibe que está disponible. A continuación se explican las tres categorías (Gómez, Pérez y Vila, 2001). Además, se mencionan y describen brevemente algunos de los

instrumentos que han elaborado diversos autores para medir el apoyo social, tales como La Escala de Red Social, La Entrevista de Relaciones Sociales, El Cuestionario de House y Wells, Las Escalas de Conducta y de Valoración del Apoyo Social, y La Escala de Evaluación del Apoyo Interpersonal (Martínez, Mora y Rosel, 2002).

Medidas de la red.

Hay instrumentos que se consideran como medidas estructurales, evalúan el tamaño de la red, la densidad, la frecuencia de la utilización o la accesibilidad de determinadas redes de apoyo social. Algunos de estos instrumentos son:

“Escala de Red Social”, ésta fue desarrollada por Hirsch (1980) y ampliada por Stokes (1983). Investiga cuatro apartados de apoyo social: a) el número de personas que componen la red; b) el número de personas que el entrevistado considera confidentes; c) el número de familiares; y d) la densidad de la red.

Otro de los instrumentos que nos permite conocer información detallada de la red, el tipo de apoyo social, ya sea recibido y/o percibido es la “Entrevista de Relaciones Sociales”, elaborada por Kahn y Antonucci (1980) y ampliada por Antonucci (1986) y consta de cuatro apartados: a) redes sociales personales, quiénes, cuántos, edad y género de cada componente de la red, tipo de relación y duración de la misma; b) tipo de apoyo, emocional y/o material, recibido y/o dado; c) valoración percibida de las relaciones; y d) relaciones mantenidas a lo largo de la vida.

Medidas del apoyo recibido.

Existen instrumentos que evalúan la percepción de tener vínculos sociales suficientes, el apoyo que ha recibido el individuo o que percibe que estará disponible cuando lo necesite. Algunos de los instrumentos que fueron diseñados para conocer el apoyo que reciben los individuos son:

El “Cuestionario de House y Wells” (1978) en el cual el individuo identifica las principales fuentes de apoyo social y describe de qué manera recibe el apoyo social.

Otros de los instrumentos son las “Escala de Conducta y de Valoración del Apoyo Social”, que son dos escalas complementarias, pero se pueden aplicar conjuntamente o por separado. La Escala de Conductas de Apoyo Social (SS-B) fue elaborada por Vaux, Riedel y Stewart (1987) y contiene cinco apartados: a) el apoyo emocional; b) la integración social; c) la ayuda diaria; d) la ayuda económica; y e) la orientación y el consejo. Se plantean 45 preguntas a los entrevistados, que han de responder en una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta.

Medidas de la percepción del apoyo.

Hay instrumentos que evalúan el apoyo social a través de las acciones que los otros realizan para ayudar a una persona. La mayoría de estos instrumentos son escalas de autoinforme que se basan en las evaluaciones retrospectivas del propio sujeto, por lo tanto, lo que miden es el apoyo recibido/percibido. Algunas de las escalas que nos brindan información acerca del apoyo social percibido por el individuo son:

La “Escala de Evaluación del Apoyo Interpersonal” ha sido desarrollada por Cohen, Mermelstein y Carmack (1985) y sus preguntas se refieren a la percepción y a la valoración del apoyo social. Contiene cuatro subescalas: a) ayuda material percibida; b) evaluación de la confianza a las demás personas; c) autoestima personal comparada con los demás; y d) autoestima material comparada con los demás.

La “Escala de Valoración del Apoyo Social” (SS-A) fue diseñada por Vaux, Burda y Stewart (1986) y mide el apoyo social percibido por la persona, es decir, el cariño que percibe de los demás, la estimación y la atención por parte de la familia, los amigos y los conocidos. La escala contiene 23 preguntas sobre

aspectos de percepción y valoración de las relaciones interpersonales: a) con la familia; b) con los amigos; y c) con los conocidos.

Perspectivas Teóricas del Apoyo Social.

Se han observado todos los beneficios que tiene el apoyo social en la salud, y continúa el interés por conocer cómo se relacionan ambos, qué tipo de efectos tiene el apoyo social en la salud de los individuos y bajo qué condiciones, por tal motivo, surge la necesidad de explicar a través de modelos y teorías la relación detallada entre apoyo social y la salud. Algunas de las teorías y modelos son los siguientes: Teoría de los efectos directos del apoyo social, Teoría del efecto reductor directo del apoyo social y Teoría del efecto amortiguador del apoyo social (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Teoría de los efectos directos del apoyo social.

El apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de los individuos. Esta perspectiva evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud de las personas, a corto o largo plazo, ya que se han obtenido datos que indican que a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos.

Teoría del efecto reductor directo del apoyo social.

El apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas, es decir, que el apoyo social se relaciona con la salud, porque reduce los eventos estresantes que afectan al individuo.

Teoría del efecto amortiguador del apoyo social.

El apoyo social amortigua al impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas. El apoyo social no influye directamente en la salud ni en los estresores, sino que modula la relación entre ambos.

Modelos de Apoyo Social.

Los modelos de apoyo social son representaciones conceptuales creadas por distintos autores que surgen de la necesidad de explicar y describir la relación que existe entre el apoyo social, los eventos estresantes y la salud-enfermedad. A continuación se describen los Modelos de Dohrenwend y Dohrenwend (1981), los Modelos de House (1981) y por último los Modelos de Cohen (1988): modelos genéricos, modelos centrados en el estrés y modelos de procesos psicosociales (citados en Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Modelos de Dohrenwend y Dohrenwend (1981).

Estos autores plantearon seis modelos que describen la interacción entre la situación, los recursos personales y los eventos estresantes:

- 1) Modelo de victimización; la acumulación de eventos estresantes extremos causa patología.
- 2) Modelo de tensión-estrés; las respuestas o procesos fisiológicos median entre el impacto de los eventos estresantes y su probable influencia en la enfermedad.
- 3) Modelo de vulnerabilidad; las variables de personalidad y los distintos aspectos del apoyo social moderan la relación causal entre los eventos estresantes y la patología.
- 4) Modelo de carga aditiva; las variables de personalidad y los distintos aspectos del apoyo social son considerados como contribuyentes causales independientes a la patología.
- 5) Modelo de carga crónica; son las disposiciones personales y sociales las que producen patología.
- 6) Modelo de propensión; la presencia de desórdenes psicológicos, ocasionan eventos estresantes; produciéndose un círculo vicioso, donde estos eventos incrementan la patología.

Modelos de House (1981).

Para este autor existen tres formas en las que el apoyo social puede modificar o neutralizar el efecto nocivo del estrés, protegiendo la salud. Menciona dos efectos principales y uno de amortiguamiento. Uno actúa directamente sobre la salud dando confort emocional y contrarrestando los efectos del estrés. El otro actúa haciendo que el apoyo social reduzca directamente el estrés que afecta al individuo, y por último el efecto de amortiguamiento actúa reduciendo el efecto de estrés sobre la salud.

Modelos de Cohen (1988).

Este autor menciona tres tipos de modelos que buscan vincular el apoyo social en el comienzo de la enfermedad:

- a)modelos genéricos.
- b)modelos centrados en el estrés.
- c)modelos de procesos psicosociales.

Modelos genéricos.

Existen tres tipos de modelos genéricos: 1) el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de la influencia que ejerce sobre patrones conductuales, que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad; 2) el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de los efectos que produce sobre respuestas biológicas que influyen en la enfermedad; y 3) el apoyo social afecta a la conducta que influye en la enfermedad.

Modelos centrados en el estrés.

Éstos plantean la importancia del apoyo social en sujetos con estrés. El apoyo social amortigua el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las

personas. También el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas, en ambos casos el apoyo social se relaciona con los distintos trastornos mediante los procesos biológicos y/o conductuales.

Modelos de los procesos psicosociales.

Describen los procesos psicosociales que median los efectos del apoyo social sobre la salud, los modelos de efectos principales predicen la influencia del apoyo social sobre la salud, independientemente del nivel de estrés, y el modelo de amortiguamiento hace referencia al apoyo social disponible y al accesible que tienen efectos positivos sólo cuando los individuos están bajo estrés.

Apoyo Social y Salud.

En el entorno social, el individuo puede percibir los recursos vitales con los que debe sobrevivir y evolucionar. Así, las personas obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones sociales. Se mencionan dos formas de apoyo social: una es en la que se acepta generalmente que hallarse integrado a una estructura social es esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida. Y en segundo lugar, sobre el apoyo social y la salud; éste actúa como un freno inmediato del estrés y de sus consecuencias somáticas.

La percepción social se refiere a la naturaleza de las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente la manera en la que éstas son evaluadas por el individuo en cuanto a su calidad de soporte. El apoyo social percibido es la evaluación subjetiva de la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales, por lo tanto, es importante considerar el apoyo social como un recurso que el individuo debe crear y emplear para mejorar el afrontamiento del estrés.

Así, el apoyo social es necesario para prevenir y eliminar el estrés, al hacer que las experiencias amenazantes lo sean en menor grado, o bien proporcionando

recursos valiosos para el afrontamiento del estrés. Los entramados sociales son componentes relativamente estáticos del entorno social del individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

En comparación con las personas que mantienen pocas relaciones sociales, las personas que se sienten apoyadas por la compañía íntima de amigos, familia, compañeros de religión, de trabajo, o de otros grupos de apoyo, tienen menos probabilidades de morir prematuramente.

Existen varias razones posibles que permiten explicar la relación entre apoyo social y la salud. Quizás las personas con obligaciones sociales fuertes comen mejor y hacen más ejercicio, porque sus parejas les aconsejan; tal vez, estas relaciones ayudan a evaluar y a superar los acontecimientos estresantes como el rechazo social. En muchos estudios se ha observado que el apoyo social relaja el sistema cardiovascular y reduce las hormonas del estrés (Myers, 1999).

Los niños y adultos que cuentan con apoyo social tienen más posibilidades de desarrollarse bajo una serie de circunstancias, incluyendo enfrentamiento a la muerte, adaptación a las enfermedades y contrarrestar depresiones, que los infantes y mayores sin él. El apoyo social depende hasta cierto grado de la personalidad y las habilidades sociales (Davidoff, 1989).

Cualquier caso de apoyo social está mediado por una interpretación personal respecto al apoyo, si éste se percibe o no como tal, si se considera como crítica la situación, si se cuenta con los recursos propios para enfrentarla o si se desea ayuda de otros. Por lo tanto, cuando el apoyo social consiste en expresiones emotivas, requiere la interpretación de qué es importante para el que lo recibe, pero es más importante la calidad que la cantidad (Pérez y Márquez, 1997).

Además de la función del apoyo social sobre el estrés, también se le relaciona con la salud. Se ha demostrado que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud física. Se cree que el apoyo social puede actuar de forma indirecta sobre la salud física, disminuyendo así la carga emocional como consecuencia del aumento de los síntomas físicos. El apoyo social que perciban las personas es fundamental en cuanto a que existen evidencias de que la disponibilidad de apoyo funciona a menudo como amortiguador del estrés, ayuda al afrontamiento y resulta muy beneficioso para la salud (Lundero y González, 2002).

Existe una relación entre el apoyo social, los procesos de estrés y la enfermedad, debido a que el apoyo social se asocia a estados más saludables. Se ha advertido que cuando el sujeto cuenta con mayor apoyo social, sus respuestas inmunológicas son mejores y disfruta de mejor salud y calidad de vida (Peñacoba, 2001).

Casel y Cobb (1976; citados en Ruano, 2001) dan gran importancia a las fuentes informales de apoyo, tales como la familia, amigos y compañeros de trabajo.

La gente usa estas redes informales más fácilmente que las redes formales. Las clases más importantes de apoyo social son la consideración o estima, o las transacciones interpersonales que manifiestan el aspecto emocional. Se ha observado que la habilidad para solicitar y recibir este tipo de apoyo, así como las otras clases, tienen una positiva influencia sobre la salud.

Las redes de apoyo informales, se caracterizan por ser recíprocas, implicando una mutua obligación a todas las partes implicadas. La gente puede pedir más fácilmente ayuda si sabe que en otro momento devolverá esa ayuda. Por lo tanto, las familias buscan y mantienen vínculos de amistad y comunitarios. Las familias que emplean esta estrategia, buscan consejos de parientes, vecinos y amigos; estímulo y ánimo de los amigos, compañeros de trabajo e información de

personas que se encuentran en la misma situación (Milardo, 1989; citado en Ruano, 2001).

Para Gómez, Pérez y Vila (2001) las enfermedades psicológicas y físicas son mayores en las comunidades en las que se han visto interrumpidos sus vínculos y redes sociales por cambios en casos como migración, envejecimiento de la población y muerte. Además, cuando el apoyo social es funcionalmente pobre, las interacciones sociales de apoyo con otros son pocas y esto se ha correlacionado con un mayor nivel de enfermedad. Por otro lado, el hecho de pertenecer a una red social fuerte está relacionado con longevidad (Cohen, 1988; House y cols., 1988).

Se ha mencionado que el apoyo social trae consecuencias positivas y negativas a la salud del individuo, pero es importante aclarar que predominan las positivas. Un aspecto que debe tomarse en cuenta es conocer que las interacciones del individuo sean positivas, es decir, que no existan críticas, exigencias, demandas de asistencia, conflictos maritales y/o familiares, ya que este tipo de interacciones negativas, pueden causar situaciones estresantes para el individuo y afectar su salud (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

CAPÍTULO 3. DIABETES Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

No hay duda del enorme interés centrado en las conductas de salud en general y en la adherencia al tratamiento en particular. Uno de los aspectos revelados en los trabajos sobre el tema es que la mayoría de las conductas de salud son inestables a través del tiempo, es decir, no se mantienen constantes permanentemente sino que varían continuamente. Y, en el caso de la adherencia a los tratamientos médicos, numerosos trabajos han constatado que efectivamente varía en función del tiempo. Por tal motivo es importante observar la inestabilidad de la adherencia al tratamiento (en la dieta, en el ejercicio físico, en la realización del test de glucosa y total), en pacientes con diabetes.

En este capítulo se describen la enfermedad conocida como diabetes, los tipos que hay, algunas de las causas y su manejo, así como la importancia de la familia para los pacientes con diabetes. También se mencionan algunas definiciones de adherencia terapéutica y la importancia de ésta para los pacientes.

Definiciones de diabetes:

Actualmente se han manifestado diversas enfermedades en nuestro país, tales como insuficiencia renal, cáncer, arritmia, etc., pero la diabetes se ha convertido en un importante problema de salud pública en México.

“La diabetes es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto la definen como una enfermedad crónico-degenerativa” (<http://www.insp.mx/salud/35/552-6s.html>).

Para Ruíz, Vázquez y cols (1996, pág. 66) la diabetes mellitus “Está caracterizada por anormalidades metabólicas (hiperglucemia y deficiencia absoluta o relativa de insulina), complicaciones agudas (cetoacidosis, coma hiperosmolar) y crónicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía)”.

Tenorio, Guerrero y Torres (2000) plantean que “La diabetes mellitus es una enfermedad con alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia que resulta de un defecto en la secreción de insulina” (pág. 165).

Se conocen dos tipos de diabetes, una llamada diabetes mellitus tipo I o insulino dependiente, que generalmente se presenta en personas menores de 30 años, con antecedentes hereditarios de diabetes y que requiere, para su tratamiento de constantes inyecciones de insulina. Es considerada como lábil debido a su difícil control. La otra diabetes es la tipo II, o no insulino dependiente, que se manifiesta generalmente en adultos mayores de 30 años, no necesariamente con antecedentes heredo-familiares de diabetes y cuyo tratamiento requiere, en la mayoría de los casos, de agentes hipoglucemiantes orales.

Aunque la diabetes aún no es curable, se puede controlar en la mayoría de los casos. El tratamiento médico con frecuencia es complicado y requiere que el paciente haga grandes modificaciones en su comportamiento para evitar las alteraciones nerviosas y vasculares que la enfermedad provoca.

Por otra parte, una perspectiva que ha contribuido a un mayor interés de la investigación psicológica en relación al tratamiento de la diabetes, es la que asocia al estrés con el desarrollo y la evolución de la enfermedad. Al respecto se han encontrado evidencias de que estímulos físicos como el dolor, los traumatismos, las infecciones, la cirugía, la hipoxia, y la enfermedad cardiovascular, han mostrado producir intolerancia a la glucosa. De la misma manera, estímulos psicológicos, entre los que se incluyen entrevistas estresantes, exámenes, eventos vitales indeseables y tensión diaria, pueden modificar el metabolismo de la glucosa (<http://www.insp.mx/salud/35/552-6s.html>).

Estrés y Diabetes.

El estrés se define como un sentimiento de tensión, tanto físico como emocional que se presenta en ciertas situaciones. Su manejo es importante porque ayuda a los individuos a responder mejor ante eventos estresantes.

En el caso de las personas con diabetes, esto es particularmente importante, ya que de no controlar los niveles altos de tensión se puede afectar el funcionamiento metabólico. En primer lugar, en muchas personas el estrés tiende a elevar los niveles de glucosa en sangre, de hecho se ha demostrado científicamente que el estrés puede ocasionar aumento o disminución de éstos. En segundo lugar, el estrés tiene un efecto debilitante que frecuentemente hace que disminuya el autocuidado y se empobrezca el control metabólico.

El estrés puede contribuir a que el paciente cambie conductas importantes, porque las situaciones que provocan tensión también ocasionan cambios de comportamiento que afectan la rutina diaria y afectan el control de la diabetes, por ejemplo, la disminución de la actividad física o ejercicio, o el aumento en el consumo de alcohol (<http://www.mejorvida.com/contenidos/181.html>).

Las fuentes de estrés para el paciente con diabetes son múltiples, entre ellas se encuentran generalmente(<http://www.mejorvida.com/contenidos/181.html>):

- Diagnóstico desfavorable respecto de la salud del paciente.
- Restricción dietética.
- Presencia de complicaciones agudas y crónicas.
- Las inyecciones de insulina.
- Sentirse diferente o presionado.
- El costo de la atención médica y el autocuidado.

Es importante la manera en que el paciente haga frente a estos problemas porque de esto dependerá su adaptación y por lo tanto su adherencia al tratamiento. El equipo médico deberá favorecer las estrategias que mejoren la adherencia terapéutica e incrementen la obtención de control de la enfermedad del paciente y su familia.

Manejo del estrés en pacientes con diabetes.

Existen varias opciones que permiten un mejor manejo del estrés, algunas de éstas son:

- Ejercicio de relajación progresiva
- Compartir con amigos
- Manejo del tiempo (salir con el tiempo necesario, y no acelerarse)
- Ejercicio físico

(<http://www.mejorvida.com/contenidos/181.html>).

Familia y Diabetes.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de la aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la función familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar.

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la familia es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. Esto es especialmente frecuente en el caso de niños y adolescentes afectados por la diabetes mellitus.

El médico que atiende de una forma integral y desde una concepción biopsicosocial, a la persona con diabetes mellitus, debe conocer todos aquellos factores familiares que influyen de forma directa en la adherencia a las medidas terapéuticas recomendadas para su control. Éstos vienen definidos por:

* **Genograma familiar:** nos informa acerca de la estructura de la familia y de su evolución y configuración actual de la misma.

* **Patopsicobiograma:** en el que constarán todos los acontecimientos tanto biológicos como psicosociales que han ido configurando el itinerario vital del paciente.

* **Función familiar:** utilizando los tests validados para ello.

* **Apoyo social.**

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura, que precisa tratamiento para siempre, que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción

eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más al sistema.

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que se establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta del paciente frente a la enfermedad la dará, de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas.

En el caso de las parejas sin hijos se plantearán la cuestión de tenerlos o no. A los padres les preocupará que sus hijos puedan heredar la diabetes.

Si la paciente es mujer le preocupará el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su bebé, y su capacidad para cuidar un lactante.

En caso de la diabetes gestacional nos encontramos con el impacto emocional que para una familia supone una enfermedad que entienden "provocada" por el embarazo y el miedo a sus posibles consecuencias.

El diagnóstico de diabetes en un hijo provoca un clima de drama y abatimiento, de rechazo y agresividad. Provoca en los padres reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, depresión, culpa, entre otras que además pueden llevar a una importante disfunción familiar (<http://www.correofarmaceutico.com.edicion/noticia/0.2458,290937,00.html>).

Definiciones de Adherencia Terapéutica.

A través de los años, la adherencia a los tratamientos crónicos ha recibido considerable atención, ya que se considera necesaria para prevenir las complicaciones, y para evaluar la efectividad del régimen terapéutico.

“Adherencia terapéutica, es llevar a cabo estrictamente las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad” (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/03055929.html>).

“La adherencia se refiere a cuánto se cumple con el régimen terapéutico prescrito. Incluye su buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron” (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2004).

La adherencia terapéutica, para Ginarte (2001) es “el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad. La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo” (pág. 2).

El término adherencia según DiMatteo y DiNicola (1982; citados en Martín, Sairo y Bayarre, 2003) “es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales” (pág. 2).

A la adherencia terapéutica también se le conoce como “observancia” en medicina. Para Cortada (1970) la observancia o adherencia terapéutica es “el cumplimiento exacto de una regla, prescripción o régimen” (pág. 573).

En el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1984) adherencia terapéutica u observancia es “el cumplimiento exacto de una regla, prescripción o régimen” (pág. 802).

El tratamiento de un diabético se basa fundamentalmente en cuatro elementos difíciles de controlar: la dieta, la inyección de insulina, el ejercicio físico y el control del estrés. Debido a que se trata de un tratamiento complicado, y además crónico, no pueden sorprendernos las bajas tasas de adherencia.

Otro problema que afecta el nivel de adherencia terapéutica es que algunos pacientes se inyectan la insulina, pero no de manera correcta (no respetan los horarios), no siguen al pie de la letra la dieta recomendada y/o no practican regularmente algún ejercicio físico, por lo que no evitan problemas a corto y/o largo plazos, es decir, situaciones de severas hipoglucemias o hiperglucemias crónicas que obliguen a la hospitalización del paciente (<http://www.copsa.cop.es/congresoiberia/base/clinica>).

Realmente existen pocas investigaciones sobre el problema de la diabetes por parte de la disciplina psicológica; sin embargo, las que existen pueden proporcionar un modelo con el cual explorar los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y, además, puede servir como ejemplo para utilizar la intervención conductual en el tratamiento y control de la enfermedad.

Desde la década de los años ochenta del siglo XX, los psicólogos han identificado la forma en que algunas de las variables psicológicas pueden afectar el funcionamiento biológico, variables tales como, el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. Al respecto, se señala que esta interacción entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico actúa a través de tres vías:

1. Cognitivas y emocionales. Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, las cuales se encuentran en constante interacción.

2. Conductuales. Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico, entre otras.

3. Ecológico-conductuales. Modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los individuos inmersos en él; es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como son: la creciente contaminación ambiental, la industrialización de gran cantidad de alimentos y las radiaciones, entre otros.

Esta nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes en particular y de las enfermedades crónico- degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos.

La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad.

Así, es muy importante fomentar la adherencia terapéutica -es decir el cumplimiento del régimen de tratamiento- esto último debido a que una gran cantidad de sujetos presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes, o de cualquier otra enfermedad. La baja adherencia terapéutica se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, en la que el paciente, para controlar su enfermedad, tiene que asistir frecuentemente a los centros de atención médica con una actitud pasiva. Sin embargo, aunque los médicos pueden sugerir estrategias para mejorar el control diabético, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el paciente.

Como consecuencia de la situación anterior, las investigaciones en el área psicológica han explorado la posibilidad de utilizar elementos como el auto-monitoreo, el auto-registro, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento, entre otros, como técnicas de modificación conductual en el tratamiento de la diabetes, con la finalidad de mejorar la habilidad de los pacientes para continuar con su tratamiento (<http://www.insp.mx/salud/35/552-6s.html>).

LOS EFECTOS DEL
APOYO SOCIAL EN LA
ADHERENCIA
TERAPÉUTICA DE
PACIENTES
DIABÉTICOS.

JUSTIFICACIÓN.

A través de los años, la adherencia a los tratamientos crónicos ha recibido considerable atención por su importancia para prevenir complicaciones de salud y para evaluar la efectividad del régimen terapéutico.

El término adherencia según Di Matteo y DiNicola (citados en Martín, Sairo y Bayarre, 2003) “es entendido como implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleve a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales” (p.2).

En el caso de las enfermedades crónicas, la diabetes se ha convertido en un importante problema de salud pública en México. Desde la perspectiva psicológica hay un gran interés por estudiarla debido a que es un padecimiento que puede afectar diversas áreas de la vida del paciente quien no sólo se enfrenta a cambios físicos sino también a cambios emocionales y conductuales.

La diabetes es una enfermedad incurable pero que se puede controlar en la mayoría de los casos; sin embargo, el tratamiento médico con frecuencia es complicado y requiere que el paciente modifique su comportamiento para evitar las alteraciones que el padecimiento provoca: cambios en el régimen alimentario, realización de ejercicios físicos, abstención con respecto a algunos alimentos y bebidas, administración del insulina, etc.

Ahora bien, en el caso de las personas con diabetes, se requiere que controlen sus niveles de estrés para evitar que se altere su funcionamiento metabólico puesto que en algunos pacientes el estrés tiende a elevar los niveles

de glucosa en la sangre. Se ha observado que las personas son más vulnerables a enfermedades de todo tipo cuando están sometidas a un gran nivel de estrés.

El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera. El afrontamiento es un proceso que surge cuando los individuos se enfrentan a situaciones estresantes y hacen algo para controlarlas; este afrontamiento está relacionado con la experiencia que cada sujeto tiene (Lazarus y Folkman, 1984).

Es importante considerar el apoyo social con el que el enfermo cuenta para su proceso de afrontamiento. El apoyo proveniente de las personas que se relacionan con el enfermo, tales como los familiares y las amistades, es relevante para el control de los padecimientos de salud. El apoyo social adquiere relevancia al estar relacionado con el estrés y la salud debido a que puede ayudar para reducir el estrés y mejorar la salud. Lundero y González (2002; p. 282) consideran que “El apoyo social es la ayuda accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otro sujeto, grupos y comunidad global”.

Para Gómez, Pérez y Vila (2001) las enfermedades psicológicas y físicas son más frecuentes en las comunidades en las que se han visto interrumpidos sus vínculos y redes sociales por cambios en casos de migración, envejecimiento de la población y muerte. Cuando el apoyo social es funcionalmente pobre, las interacciones sociales de apoyo con otros son pocas y esto se ha correlacionado con un nivel mayor de enfermedad.

Así, se puede decir que el tratamiento de un diabético se basa fundamentalmente en cuatro elementos a controlar: la dieta, la administración de insulina, el ejercicio físico y el control de estrés. Aunado a ello, cabe recalcar que para que el tratamiento sea efectivo, es importante que el paciente muestre

adherencia terapéutica. En este conjunto de factores también es importante el apoyo social percibido y recibido por el paciente.

De ello, surgió el interés por realizar la presente investigación sobre adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

MÉTODO.

Objetivo: Evaluar las propiedades de las conductas de apoyo social y adherencia terapéutica, y su relación con el estrés en pacientes diabéticos.

Participantes:

El estudio se realizó con una muestra de 100 diabéticos tipo I o II, de ambos géneros, residentes en la Ciudad de México. El grupo de los participantes estuvo constituido por 73 mujeres y 27 hombres, con edades entre los 16 a 79 años. En dicha muestra se encontró que 15 de los participantes eran solteros, 53 casados, 15 viudos, 13 divorciados y 4 no proporcionaron el dato correspondiente. A cada uno de los participantes se le pidió su colaboración voluntaria y se le garantizó total confidencialidad. Todos ellos fueron contactados en la Clínica del Diabético, en su área de atención preoperatorio, del Hospital de la Luz.

Instrumentos.

Para evaluar apoyo social, estrés y adherencia terapéutica, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1- Escala de Adherencia Terapéutica: dicha escala fue diseñada en particular para este estudio por el equipo de trabajo (Nava, Soria, Vega y Anguiano; instrumento inédito). (véase anexo 1). Consta de 25 preguntas, de las cuales se eliminaron nueve, y quedaron 16. El análisis estadístico correspondiente arrojó una confiabilidad de 0.9205. Este instrumento contiene ítems con los cuales se evalúa en qué porcentaje sigue las indicaciones el paciente, respecto a: medicamentos, análisis, consultas, dietas, ejercicio, cuidados, y la importancia del médico que trata al paciente. Las opciones de respuestas van de 0%, 25%, 50%, 75% y 100%, según sea el caso.

2- Inventario Índice de Estrés Cotidiano: este instrumento, está formado por 58 enunciados, con opciones de respuesta que van desde: “no ha sucedido en las últimas 24 horas” hasta “me causó pánico”. Este inventario fue evaluado anteriormente por Nava, Anguiano y Vega (2004) (véase anexo 2) en un estudio de fiabilidad con Alfa de Cronbach de 0.9219, en el presente proyecto se obtuvo la confiabilidad de 0.9754. El objetivo de este instrumento es evaluar el estrés que producen situaciones comunes. Se le pide al participante que lea cada enunciado cuidadosamente y decida si le ha ocurrido dentro de las últimas 24 horas cada una de las situaciones en cuestión. Si le ha ocurrido, marca con una X qué tanto le molestó, mediante un número que va del 1 al 7.

3- Escala de Conductas de Apoyo Social: Esta escala (The Social Support Behaviors Scale SS – B) fue creada por Vaux, Riedel y Stewart (1987). Se compone de 45 ítems repartidos en cinco modos de apoyo social: apoyo emocional, socialización, asistencia práctica, asistencia financiera y consejos / guía. Los ítems de la SS-B están orientados hacia la familia y los amigos de aquellos que la contestan y se centra en la disponibilidad de conductas de apoyo. En esta escala se obtuvo una confiabilidad de 0.8936, y fue traducida y adaptada por Nava, Vega y Toledo (trabajo Inédito). (véase anexo 3).

Escenario:

Hospital de la Luz. Clínica del Diabético. Atención preoperatoria, Este hospital está ubicado en la Colonia Tabacalera de la Ciudad de México.

Procedimiento:

Se aplicaron los instrumentos de manera individual. Se pidió a cada sujeto que leyera las instrucciones junto con el evaluador y preguntara a este último si existía alguna duda, de no ser así, se procedía a contestar los instrumentos correspondientes.

Material:

Copias necesarias de los instrumentos de interés.

Computadora

Lápices

Papel

Programa SPSS para la construcción de la base de datos y elaboración de análisis estadísticos correspondientes.

Análisis de resultados:

Los datos obtenidos fueron analizados con las siguientes pruebas estadísticas:

- 1- Correlación R de Pearson, para evaluar la relación entre las variables: conductas de apoyo social, índice de estrés cotidiano y adherencia terapéutica. Al igual que las subescalas conductas de apoyo social de amigos y familia.
- 2- Análisis de Varianza de una vía, para evaluar las posibles diferencias entre los grupos que se formaron previamente: adherencia terapéutica alta y baja; y estrés alto, medio y bajo.
- 3- La prueba de Tukey, para precisar las diferencias entre los grupos particulares de estrés alto, medio y bajo.

RESULTADOS.

La primera pregunta que se planteó fue saber si había alguna relación entre los totales de las variables medidas y para toda la muestra.

No se encontró correlación de los totales entre las variables, excepto entre conductas de apoyo social y sus subescalas, ya que existe correlación alta y significativa entre éstas (véase tabla 1).

TABLA 1 - Correlación de Totales de las Variables para toda la Muestra.

	Conductas de Apoyo Social Familia	Conductas de Apoyo Social Amigos	Total Índice de Estrés Cotidiano.	Total de Adherencia Terapéutica.
*Total de Conductas de Apoyo Social	.752	.859	-.029	-.019
*Conductas de Apoyo Social Familia	.000	.000	.774	.854
*Conductas de Apoyo Social Amigos		.309	.000	.057
*Total Índice de Estrés Cotidiano.		.002	.996	.575
			-.041	-.069
			.687	.494
				-.179
				.074

Nota: se muestra la correlación de las variables en la parte superior de la intersección de cada tabla y en la parte inferior, su nivel de significación.

La segunda pregunta planteada fue si existía correlación entre las variables medidas cuando separamos la adherencia terapéutica en alta y baja. Para aquellos con adherencia terapéutica baja, se encontró que no existe correlación entre las variables respecto de estrés y sí existe una correlación alta y significativa entre conductas de apoyo social y sus subescalas. (véase tabla 2).

TABLA 2- Adherencia Terapéutica Baja: subescalas de conductas de apoyo social y estrés.

	Conductas de Apoyo Social Familia	Conductas de Apoyo Social Amigos	Total Índice de Estrés Cotidiano.
*Total de	.750	.881	-.014
Conductas de Apoyo Social	.000	.000	.926
*Conductas de Apoyo Social Familia		.348	-.083
*Conductas de Apoyo Social Amigos		.013	.567
			.043
			.764

Nota: se muestra la correlación de las variables en la parte superior de la intersección de cada tabla y en la parte inferior, su nivel de significación.

Para el caso de la adherencia terapéutica alta, los resultados fueron semejantes a los de adherencia terapéutica baja (véase tabla 3).

TABLA 3- Adherencia Terapéutica Alta: subescalas de conductas de apoyo social y estrés.

	Conductas de Apoyo Social Familia	Conductas de Apoyo Social Amigos	Total Índice de Estrés Cotidiano.
*Total de Conductas de Apoyo Social	.760	.832	-.045
*Conductas de Apoyo Social Familia	.000	.000	.758
*Conductas de Apoyo Social Amigos		.272	.118
		.056	.416
*Conductas de Apoyo Social Amigos			-.170
			.237

Nota: se muestra la correlación de las variables en la parte superior de la intersección de cada tabla y en la parte inferior, su nivel de significación.

La tercera pregunta formulada fue si existían correlaciones entre las variables cuando se consideró al estrés en bajo, medio y alto.

La tabla 4 muestra para estrés bajo, que no existió correlación significativa entre adherencia terapéutica y conductas de apoyo social, pero sí existió correlación alta y significativa entre conductas de apoyo social y sus subescalas.

TABLA 4- Estrés Bajo: subescalas de conducta de apoyo social y adherencia terapéutica.

	Conductas de Apoyo Social Familia	Conductas de Apoyo Social Amigos	Total de Adherencia Terapéutica.
*Total de Conductas de Apoyo Social	.755	.795	.298
*Conductas de Apoyo Social Familia	.000	.000	.087
*Conductas de Apoyo Social Amigos		.203	.136
		.249	.443
*Conductas de Apoyo Social Amigos			.324
			.062

Nota: se muestra la correlación de las variables en la parte superior de la intersección de cada tabla y en la parte inferior, su nivel de significación.

Cuando se correlacionaron las mismas variables, para el caso del estrés medio, se encontró que no existe correlación significativa entre adherencia terapéutica y conductas de apoyo social, pero sí existió correlación alta y significativa entre conductas de apoyo social y sus subescalas (véase tabla 5).

TABLA 5- Estrés Medio: subescalas de conducta de apoyo social y adherencia terapéutica.

	Conductas de Apoyo Social Familia	Conductas de Apoyo Social Amigos	Total de Adherencia Terapéutica.
*Total de	.758	.850	.117
Conductas de Apoyo Social	.000	.000	.515
*Conductas de Apoyo Social Familia		.300	.084
		.090	.643
*Conductas de Apoyo Social Amigos			.108
			.549

Nota: se muestra la correlación de las variables en la parte superior de la intersección de cada tabla y en la parte inferior, su nivel de significación.

Para el estrés alto (véase tabla 6) hubo correlación alta y significativa entre el total de las conductas de apoyo social, respecto a familia y amigos. Asimismo, se detectó una correlación entre apoyo social de familia y apoyo social de amigos, de igual forma entre el apoyo social de amigos y adherencia terapéutica.

TABLA 6- Estrés Alto: subescalas de conducta de apoyo social y adherencia terapéutica.

	Conductas de Apoyo Social Familia	Conductas de Apoyo Social Amigos	Total de Adherencia Terapéutica.
*Total de	.753	.905	-.239
Conductas de Apoyo Social	.000	.000	.180
*Conductas de Apoyo Social Familia		.402	.055
		.020	.763
*Conductas de Apoyo Social Amigos			-.365
			.037

Nota: se muestra la correlación de las variables en la parte superior de la intersección de cada tabla y en la parte inferior, su nivel de significación.

Una vez establecidas las correlaciones correspondientes, se llevó a cabo un análisis para tratar de detectar si existían o no diferencias significativas entre grupos.

Los grupos formados fueron: a) Adherencia Terapéutica: Alta y Baja; b) Estrés: Alto, Medio y Bajo.

Se realizó el análisis con base en una prueba ANOVA de una vía, comparando adherencia terapéutica alta y baja, respecto de conductas de apoyo social, sus subescalas y estrés, encontrando que no hay diferencias significativas para las conductas de apoyo social ($F(1,98) = .013$ $P = .911$), de igual forma para conductas de familia ($F(1,98) = .375$ $P = .542$) y conductas de amigos ($F(1,98) = .106$ $P = .745$). No obstante, en el caso de estrés, sí se encontraron diferencias significativas ($F(1,98) = 4.206$ $P = .043$).

Por lo tanto, en aquellos individuos que presentaron adherencia terapéutica baja, se detectó mayor nivel de estrés ($\bar{X} = 52.12$) y en los que presentaron adherencia terapéutica alta se identificaron niveles bajos de estrés ($\bar{X} = 30.28$).

Posteriormente, se realizó una comparación entre estrés alto, medio y bajo, respecto de conductas de apoyo social, sus subescalas y adherencia terapéutica, encontrándose que no hubieron diferencias significativas para las conductas de apoyo social ($F(2,97) = 1.046$ $P = .355$), de igual manera para conductas de familia ($F(2,97) = .445$ $P = .642$). y conductas de amigos ($F(2,97) = .930$ $P = .398$). Sin embargo, para adherencia terapéutica sí se encontraron diferencias significativas ($F(2,97) = 7.167$ $P = .001$).

Estos datos indican que los individuos que reportan nivel bajo de estrés, presentaron altos niveles de adherencia terapéutica ($\bar{X} = 1519.85$), mientras que los que presentaron estrés medio y alto tuvieron niveles promedio de adherencia terapéutica ($\bar{X} = 1290.91$ y $\bar{X} = 1288.64$ respectivamente).

Aunado a lo anterior, para ubicar las diferencias específicas entre los grupos de estrés, se aplicó la prueba de Tukey. Los resultados mostraron que el grupo de estrés bajo difirió significativamente de los grupos de estrés medio ($P=.004$) y estrés alto ($P=.004$).

DISCUSIÓN.

El presente trabajo se enfocó principalmente al análisis de cinco variables, las cuales fueron: total de conductas de apoyo social, apoyo social de familia, apoyo social de amigos, estrés cotidiano y adherencia terapéutica.

Respecto al objetivo de este proyecto de investigación, se puede afirmar que se lograron evaluar las propiedades de las conductas de apoyo social y adherencia terapéutica, y su relación con el estrés en pacientes diabéticos. Para lograrlo se aplicaron diversas pruebas que arrojaron resultados importantes.

En primer lugar se analizaron los datos tratando de establecer correlación entre las variables antes mencionadas pudiéndose señalar que no la hubo de manera significativa, esto podría explicarse por el hecho de que la muestra fue muy pequeña, ya que la conformaron 100 participantes.

Por otro lado, se formaron grupos dividiendo la adherencia terapéutica en alta y baja y el estrés en alto, medio y bajo. Se encontró una relación entre el nivel de estrés y la adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica no se relacionó con el estrés en general, ni con apoyo social de familia y amigos, pero sí existió una relación cuando dividimos el estrés en tres niveles: alto, medio y bajo. La adherencia terapéutica alta se relacionó con niveles bajos de estrés, mientras que la adherencia terapéutica baja se relacionó con niveles de estrés altos.

Rodríguez (1999) plantea que los estados de estrés se refieren como estados que emergen de un desbalance entre la demanda y la capacidad de adaptación vital del individuo, es decir, que cuando repentinamente surge una enfermedad, algunos individuos carecen de ciertas habilidades para poder adaptarse o enfrentarse a la nueva situación y si no se logra controlar adecuadamente podría ser muy estresante para el sujeto. En estos casos la enfermedad y el hecho de que el individuo no se adapta al nuevo estilo de vida que debe seguir, puede traer complicaciones graves en su salud, ya que implica

un cambio en las actividades cotidianas, en los hábitos alimenticios y las asistencias a consulta, situaciones que desconocía el individuo y a las que ahora debe acostumbrarse para controlar su enfermedad. En el presente estudio se confirmó una relación entre la adherencia y el estrés significando que a mayor nivel de estrés menor adherencia al tratamiento y viceversa a menor nivel de estrés mayor adherencia terapéutica.

En el presente estudio también se encontró que las conductas de apoyo social no tuvieron relación con el estrés ni con la adherencia terapéutica. La literatura nos menciona que las conductas de apoyo social y el estrés no siempre están relacionadas, esto muestra que independientemente del apoyo social que perciben o reciben los individuos, el estrés se presenta y esto podría deberse a otras demandas que reciben los individuos en los contextos en los cuales se desenvuelven, por ejemplo, el trabajo, la casa, etc.

En este estudio se evaluaron las conductas de apoyo social y no las de percepción social existiendo la posibilidad de que la adherencia terapéutica y el estrés tengan que ver con otros componentes del apoyo social como es precisamente la percepción del mismo.

Por otro lado, un factor que pudo influir para que no se encontrara relación entre las conductas de apoyo social y el estrés fue que los pacientes evaluados pudieron haber presentado niveles de estrés bajos al momento de responder los instrumentos que se les aplicaron de tal manera que no requerían de apoyo social efectivo para enfrentar su condición de salud

Además, habrá que tomar en cuenta los modelos importantes de apoyo social (Gómez, Pérez y Vila, 2001):

Primero, el apoyo social es un regulador del estrés, es decir, que los individuos sólo detectan el apoyo social cuando están estresados, de lo contrario no

consideran si cuentan con él o no; el apoyo amortigua el impacto de los eventos estresantes sobre la salud; no influye directamente en la salud, ni en los estresores, sino que modula la relación entre ambos.

Segundo, el apoyo social con efectos directos, lo que significa que el individuo siempre lo tiene contemplado; el apoyo social tiene impacto directo sobre la salud, de manera que a mayor nivel de apoyo social menores niveles de estrés y de malestar físico y/o psicológico.

Con base en los datos obtenidos en el presente estudio y considerando el modelo de efecto regulador, se puede decir que los niveles de apoyo social de la muestra fueron superiores a los valores teóricos, mientras que los niveles de estrés fueron bajos en comparación con éstos, lo cual significa que los datos encontrados apoyan la hipótesis del efecto regulador de la relación apoyo social-estrés, es decir, que el efecto del apoyo social se puede observar sólo si el individuo se enfrenta a situaciones estresantes.

En estudios anteriores se ha evaluado la relación que existe entre el apoyo social, el estrés y la enfermedad. Al respecto, en la literatura encontramos que a mayor apoyo social, menor nivel de estrés y menos enfermedad y por el contrario, a menor apoyo, mayor nivel de estrés y más enfermedad. Así, Gómez, Pérez y Vila (2001) mencionan que el apoyo social puede tener un efecto positivo en la salud al aumentar la adaptación del individuo y generar sentimientos que mejoran su autoestima y su autoeficacia, disminuyendo el impacto de los estresores al reducir la cantidad de estrés.

En el presente proyecto de investigación se analizó una posible relación entre apoyo social, estrés y adherencia terapéutica; no obstante, debe tomarse en cuenta que la adherencia terapéutica no es una enfermedad, sino las instrucciones que deben de seguir los pacientes para controlar adecuadamente su enfermedad. Por otro lado, la adherencia terapéutica tampoco es un padecimiento psicológico y los estudios que existen son acerca de la relación apoyo social, estrés,

enfermedad, asimismo los modelos de explicación se refieren a esta triada. Por lo tanto, esta condición pudo afectar para que no se encontrara la relación entre las tres variables de interés. Ahora bien, la relación que sí se pudo observar fue la de adherencia terapéutica y nivel de estrés, como se mencionó anteriormente, algunos de los posibles factores que influyeron para que se diera dicha relación son:

El ritmo de vida que se tiene es cada vez más acelerado; por ejemplo, en el trabajo, en la escuela, en el hogar, etc., cada vez son mayores las exigencias y esto ocasiona estrés. En el caso de las personas con una enfermedad crónica el estrés puede afectar para que los individuos no sigan adecuadamente su tratamiento médico, que no tengan tiempo para hacer ejercicio y que no puedan alimentarse adecuadamente.

Debido a las diferencias individuales, no todas las personas reaccionan de la misma forma ante situaciones similares, por lo tanto, cuando un sujeto se enfrenta a una enfermedad, puede o no adaptarse al cambio de vida que esto implica (asistir a consultas, conocer su estado de salud periódicamente, hacer ejercicio, etc.), dependiendo de las habilidades que tiene para poder hacerlo, de su forma de afrontamiento, la cual tiene como base la reacción adecuada o no ante situaciones estresantes.

El estrés tiene un efecto debilitante que frecuentemente hace que disminuya el autocuidado. El estrés puede contribuir a que el paciente modifique algunas de sus conductas importantes de su rutina diaria y con ello se afecta el control de su enfermedad. (la disminución de actividad física, aumento en el consumo de alcohol, etc.).

El costo que tienen el tratamiento médico, dieta requerida, los análisis de laboratorio y las consultas médicas, en algunos pacientes pueden convertirse en situaciones estresantes lo cual es posible que repercuta en su adherencia terapéutica.

Otro factor que afecta el nivel de adherencia terapéutica es que algunos pacientes se inyectan insulina, pero no de manera correcta (no respetan los horarios), no siguen al pie de la letra la dieta recomendada, y/o no practican regularmente algún ejercicio físico, esto debido tal vez a las demandas de la vida cotidiana (exceso de trabajo, tiempo prolongado en el transporte, etc.).

Un aspecto de gran importancia que se sugiere para llevar a cabo en otros subsecuentes estudios es evaluar más a fondo la escala de adherencia terapéutica para incrementar su nivel de confiabilidad y conocer más detalladamente el instrumento para medir conductas de apoyo, antes de continuar con el análisis de la posible relación entre las variables apoyo social, estrés y adherencia terapéutica.

Finalmente, se puede señalar que en el caso de los pacientes con una enfermedad crónica, es importante que por lo menos una persona cercana a ellos, conozca a fondo el tratamiento a seguir (medicamentos, horarios para ingerirlos, dieta, etc.). Esto es importante porque en ocasiones el paciente por alguna complicación no puede informar a su médico de todo lo relacionado con sus molestias y se debe contar con alguien más que pueda proporcionar dichos informes que son de gran importancia cuando se llega a presentar una emergencia. Además, para tener una alta adherencia terapéutica, puede requerirse de la ayuda de alguien más para cumplir con los requerimientos de un tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Arita, B. y Arauz, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al Síndrome de Burnout en enfermeras. *Psicología y Salud*, # 14, págs. 87-94.

Brantley, P.; Wagogoner, C.; Jones, G.; Rappaport, N. (1987). A daily stress inventory: development, reliability and validity. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, págs. 61-74.

Cortada, F. (1970). *Diccionario Médico Labor*. Argentina: Labor. Tomo II, pág. 573.

Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: Mc Graw-Hill; pág. 416.

Departamento de Servicios Humanos de los Estados Unidos (2004). En: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1984). España: Salvat Editores; pág. 802.

Domínguez, B. y Olvera, Y. (2002). Inhibición emocional, estrés y salud. Impacto en los cambios psicofisiológicos, emocionales e inmunológicos. *Psicología y Salud*, 12, # 1, págs. 83-94.

Felix, G. y Nachón, G. (2001). Evaluación de un taller sobre manejo de estrés en ejecutivos de un hospital público. *Psicología y Salud*, 11, # 1, págs. 91-98.

Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Médica General Integral*, 17, # 5, págs. 1-18.

Gómez, L.; Pérez, M.; Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9, # 2, págs. 5-38.

Gran Enciclopedia Educativa. (1994). pág. 562.

<http://www.copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica>

<http://www.correofarmaceutico.com.edicion/noticia/0.2458,290937,00.html>

<http://www.guiadeestres.com>

<http://www.insp.mx/salud/35/552-6s.html>

<http://www.mejorvida.com/cortenidos/181.html>

<http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/03055929>

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; págs.25-79 y 247-305.
- Lundero, R. y González, M. (2002). Determinantes psicosociales del estrés en amas de casa. *Psicología y Salud*, 12, # 2, págs. 279-287.
- Martín, L.; Sairo, M.; Bayarre, H. (2003). Frecuencia de Cumplimiento del Tratamiento Médico en Pacientes Hipertensos. *Revista Cubana Médica General Integral*, 19, # 2, págs. 1-15.
- Martínez, M.; Mora, T.; Rosel, J. (2002). *Metodología de Medición del Apoyo Psicosocial en la Tercera Edad*. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Metodológica y Social. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- Meichenbaum, D. y Jaremko, M. (1987). *Prevención y reducción del estrés*. Madrid: Médica Panamericana; págs. 17-35 y 143-195.
- Myers, D. (1999). *Psicología*. Madrid: Médica Panamericana; págs. 532-535.
- Nava, C.; Anguiano, S.; Vega, Z. (2004). Fiabilidad del inventario de estrés cotidiano: estudio transcultural. *Psicología Conductual*, 12, # 2, págs. 323-331.
- Nava, C.; Soria, R.; Vega, Z.; Anguiano, S. *Escala de Adherencia Terapéutica*. (Trabajo Inédito).
- Nava, C.; Vega, Z.; Toledo, Y. *Apreciación de red, conductas y percepción de apoyo social y estrés*. (Trabajo Inédito).
- Peñacoba, C. (2001). Influencia de la autoestima y el apoyo social en el estrés laboral. *Psicología y Salud*, 11, # 1, págs. 81-90.
- Pérez, J. y Martín, F. (2000). NTP 439: *El apoyo social*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. En: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_439.htm.
- Pérez, L. y Márquez, M. (1997). La importancia del apoyo social durante el proceso de embarazo. *Psicología y Salud*, # 9, págs. 111-118.
- Pozos, B.; Balcazar, N.; Mendoza, P.; Gómez, Z.; Valadez, I.; Pando, M. (1999). El estrés no percibido como riesgo para la salud del cirujano dentista en su práctica profesional. *Psicología y Salud*, págs. 81-85.
- Robles, E. y Valdez, J. (2002). Acontecimientos productores de estrés en mujeres mexicanas. *Psicología y Salud*, 12, # 1, págs. 95-100.
- Rodríguez, C. (1999). Estrés, cultura y análisis grupal. *Psiquiatría*, 15, # 2, págs. 20-22.

Ruano, R. (2001). *La familia con hijos adolescentes. Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento*. Barcelona: Octaedro; págs. 65-70 y 105-119.

Ruíz, L.; Vázquez, F.; Corlay, I.; Báez, A.; Mandujano, R.; Islas, S.; Revilla, M. (1996). Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA1c. *Psiquiatría*, 12, # 3, págs. 66-70.

Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno; págs. 473- 499.

Tenorio, G.; Guerrero, P.; Torres, E. (2000). Prevalencia de uveítis aguda anterior en el paciente diabético. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63, # 3, págs. 165-170.

Valadez, A. y Landa, P. (1998). Un modelo tentativo de análisis de relación estrés-enfermedad. *Psicología y Salud*, 11, # 12, págs. 63-68.

Vaux, A.; Riedel, S; Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviours (SS-B) Scale. *Journal of Community Psychology*, 15, # 2, págs. 209-237.

ANEXOS.

ANEXO I.

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Nombre:

Diga en qué porcentaje sigue usted las indicaciones o instrucciones de cada una de las siguientes afirmaciones:

1.- Ingiero mis medicamentos de manera puntual

0 25 50 75 100

2.- No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada

0 25 50 75 100

3.- Me hago mis análisis en los periodos que el médico me indica

0 25 50 75 100

4.- Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto

0 25 50 75 100

5.- Asisto a mis consultas de manera puntual

0 25 50 75 100

6.- Estoy pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud

0 25 50 75 100

7.- Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena

0 25 50 75 100

8.- Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite

0 25 50 75 100

9.- Si el médico me inspira confianza, luego entonces sigo el tratamiento

0 25 50 75 100

10.- Si el médico me explica detalladamente en qué consiste mi enfermedad y qué es lo que tengo que hacer para sanar, entonces sigo el tratamiento

0 25 50 75 100

11.- Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad

0 25 50 75 100

12.- Cuando me mandan hacer análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento

0 25 50 75 100

13.- Si el médico es joven, el tratamiento que me manda no me inspira confianza

0 25 50 75 100

14.- Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención al tratamiento

0 25 50 75 100

15.- Cuando tengo mucho trabajo se me olvida tomar mis medicamentos

0 25 50 75 100

16.- No termino el tratamiento si es doloroso o me causa muchas molestias

0 25 50 75 100

17.- Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque éste no esté concluido

0 25 50 75 100

18.- Tomo cantidades menores del medicamento si es costoso

0 25 50 75 100

19.- Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento

0 25 50 75 100

20.- Le tengo más confianza al medicamento de patente que a los remedios naturales u homeopáticos

0 25 50 75 100

21.- Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago

0 25 50 75 100

22.- Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos

0 25 50 75 100

23.- Yo soy el único responsable de tomar mis medicamentos a tiempo

0 25 50 75 100

24.- Me hago mis revisiones médicas periódicas aunque no esté enfermo

0 25 50 75 100

25.- Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud

0 25 50 75 100

ANEXO II.



INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO

El presente inventario tiene como objetivo evaluar el estrés que producen situaciones comunes.

INSTRUCCIONES

Enseguida se enlistan una variedad de situaciones que pueden ser consideradas como estresantes.

Lea cada una cuidadosamente y decida **si le ha ocurrido a usted dentro de las últimas 24 horas**. Si le ha ocurrido, marque con una X que tanto le molestó, mediante un número que va del 1 al 7, (ver la clasificación mas abajo) . Para esto ud se preguntará: ¿Qué tanto me molestó X situación?

Si no le ha ocurrido, marque con una X el 0 (cero).

Por favor, conteste en la forma más sincera que le sea posible para poder obtener información precisa. (Por favor conteste todas las preguntas sin dejar ninguna en blanco).

Escala:

0= No ocurrió en las ultimas 24 horas

1= Si ocurrió, pero no fue molesto

2= Causó muy poca molestia

3= Causó poca molestia

4= Causó cierta molestia

5= Causó mucha molestia

6= Causó una gran molestia

7= Me causó pánico

1. Desempeñé pobremente una tarea	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Me desempeñé pobremente	0	1	2	3	4	5	6	7
3. He pensado en un trabajo que no he terminado	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Me he apurado para cumplir con un cierto criterio de tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Se me ha interrumpido durante una tarea o actividad	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Alguien hecho a perder mi trabajo ya completado	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Hice algo en lo cual no soy muy hábil	0	1	2	3	4	5	6	7
8. No fui capaz de terminar una tarea	0	1	2	3	4	5	6	7
9. He sido desorganizado	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Se me ha atacado o criticado verbalmente	0	1	2	3	4	5	6	7
11. He sido ignorado por otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7
12. He hablado o actuado en público	0	1	2	3	4	5	6	7
13. He tratado con un (mesero/dependiente/vendedor) rudo	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Se me ha interrumpido mientras hablaba	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Se me forzó a socializar	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Alguien rompió una promesa o una cita	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Competí con alguien	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Me han clavado la vista	0	1	2	3	4	5	6	7
19. No he oído nada de alguien de quien esperaba oír algo	0	1	2	3	4	5	6	7

20. He experimentado contacto físico no deseado (tumultos, empujado)	0	1	2	3	4	5	6	7
21. He sido mal entendido	0	1	2	3	4	5	6	7
22. He estado en una situación embarazosa	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Me despertaron mientras dormía	0	1	2	3	4	5	6	7
24. He olvidado algo	0	1	2	3	4	5	6	7
25. He temido estar enfermo (embarazada)	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Me he sentido enfermo (con malestar físico)	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Alguien prestó algo mío sin mi permiso	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Algo de mi propiedad ha sido dañado	0	1	2	3	4	5	6	7
29. He tenido un accidente menor (he roto algo, rasgado la ropa)	0	1	2	3	4	5	6	7
30. He pensado en el futuro	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Se me acabó la comida (artículos personales)	0	1	2	3	4	5	6	7
32. He discutido con mi esposo (a) novio (a)	0	1	2	3	4	5	6	7
33. He discutido con otra persona	0	1	2	3	4	5	6	7
34. He esperado más de lo deseado	0	1	2	3	4	5	6	7
35. Me han interrumpido mientras pensaba (descansaba)	0	1	2	3	4	5	6	7
36. Alguien se metió en la cola de espera delante de mí	0	1	2	3	4	5	6	7
37. Me desempeñé mal en el deporte (juego)	0	1	2	3	4	5	6	7
38. Hice algo que no quería hacer	0	1	2	3	4	5	6	7
39. He sido incapaz de completar todos los planes del día	0	1	2	3	4	5	6	7
40. Tuve problemas con el auto	0	1	2	3	4	5	6	7
41. Tuve problemas con el tránsito	0	1	2	3	4	5	6	7
42. He tenido problemas de dinero	0	1	2	3	4	5	6	7
43. En la tienda no encontré algo que quería	0	1	2	3	4	5	6	7
44. Extravié algo	0	1	2	3	4	5	6	7
45. Ha habido mal tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7
46. He realizado gastos inesperados (multas, infracciones, etc)	0	1	2	3	4	5	6	7
47. Me confronté con una autoridad	0	1	2	3	4	5	6	7
48. Recibí malas noticias	0	1	2	3	4	5	6	7
49. Me ha preocupado mi apariencia personal	0	1	2	3	4	5	6	7
50. He estado expuesto a una situación u objeto de miedo	0	1	2	3	4	5	6	7
51. Vi un programa de tv (espectáculo, libro, película) perturbador	0	1	2	3	4	5	6	7
52. Alguien violó mi privacidad (no tocó la puerta, etc)	0	1	2	3	4	5	6	7
53. No he podido entender algo	0	1	2	3	4	5	6	7
54. Me he preocupado por los problemas de otros	0	1	2	3	4	5	6	7
55. He sentido pocas posibilidades de escapar de algún daño (peligro)	0	1	2	3	4	5	6	7
56. Contra mi voluntad he roto un hábito personal (comer mucho, fumar, comerme las uñas, etc)	0	1	2	3	4	5	6	7
57. He tenido problemas con mi (s) hijo (s)	0	1	2	3	4	5	6	7
58. Se me hizo tarde para llegar al trabajo (un compromiso)	0	1	2	3	4	5	6	

ANEXO III.

ESCALA DE CONDUCTAS DE APOYO SOCIAL.

La gente se ayuda unos a otros en formas diferentes. Imagina que tienes alguna clase de problema (que estuvieras triste acerca de algo, necesitaras ayuda debido a un problema, estuvieras económicamente quebrado (a), o necesitaras algún consejo o guía), que tan probablemente podrían ya sea a) los miembros de tu familia, y b) tus amigos ayudarte en cada uno de los casos listados abajo. Nosotros sabemos que raramente podrías necesitar esta clase de ayuda, pero si la necesitarás ¿podrían tu familia y tus amigos ayudarte en la forma que se indica? Intenta basar tus respuestas en experiencias pasadas con esas personas. Usa las opciones de abajo, y coloca un circulo en cada uno de los números, una las opciones corresponden a la familia y la otra es para los amigos.

- 1 Ninguno haría esto
- 2 Alguien podría hacer esto
- 3 Algunos miembros de la familia/ amigos podrían probablemente hacer esto
- 4 Algunos miembros de mi familia/amigos seguramente lo harían
- 5 La mayoría de los miembros de la familia/amigos seguramente lo harían

	(a) Familia	(b) Amigos
1) Sugerirían hacer algo, sólo para hacerme olvidar mis problemas...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2) Me visitarían o me invitarían a salir...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3) Me consolarían si estuviera enojado...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4) Pasearían conmigo si lo necesito...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

5) Me acompañarían a desayunar o cenar...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6) Cuidarían mis pertenencias (casa, mascotas, etc) por un tiempo...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7) Me prestarían un carro si lo necesitara...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8) Bromearían o sugerirían hacer algo para divertirme...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9) Irían al cine o a un concierto conmigo...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10) Sugerirían como podría darle solución a algún problema...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11) Me ayudarían a cambiarme de casa o con algún otro quehacer...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12) Me escucharían si necesitará hablar de mis sentimientos...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13) Disfrutarían estando conmigo...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14) Pagarían mi comida si yo no tuviera dinero...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15) Sugerirían algún método para algo que quizás debo hacer...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16) Me animarían para hacer algo difícil...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17) Me darían consejo acerca de algo...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18) Platicarían conmigo...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19) Me ayudarían a encontrar una solución sobre algo que debo hacer...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20) Me mostrarían que entienden como me siento...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21) Me comprarían una bebida si yo no tuviera dinero...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22) Me ayudarían a decidir que hacer...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

23) Me darían un abrazo o mostrarían interés por mí...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24) Me llamarían solo para saber como estoy...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25) Me ayudarían a encontrar la solución de algo que estuviera pasando...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
26) Me ayudarían con algunas compras necesarias...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
27) No me juzgarían...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
28) Me dirían a quien solicitar ayuda...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
29) Me prestarían dinero por un periodo indefinido...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
30) Serian comprensivos si estuviera enojado...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
31) Me apoyarían en una situación difícil...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
32) Me comprarían ropa si yo no tuviera dinero...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
33) Me dirían las opciones y elecciones disponibles...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
34) Me prestarían herramienta o equipo si lo necesitara...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
35) Me darían razones de por que no debo o debería hacer algo...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
36) Mostrarían preocupación por mí...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
37) Me enseñarían como hacer algo si yo no supiera como hacerlo...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
38) Me darían como regalo algunas cosas que necesito...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
39) Me dirían el mejor modo de obtener algo...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

40) Hablarían con otras personas para arreglar algo por mí...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
41) Me prestarían dinero y lo olvidarían en caso de que no pudiera pagarles...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
42) Me dirían que hacer...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
43) Me ofrecerían un lugar para quedarme durante algún tiempo...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
44) Me ayudarían a pensar acerca de un problema...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
45) Me prestarían una cantidad considerable de dinero (el equivalente de la renta de un mes o la hipoteca) ...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5