



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“EL APOYO SOCIAL Y LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO
ANTE EL ESTRÉS DEL ENFERMO DIABÉTICO”**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ**

Directora: Dra. **Sandra Angélica Anguiano Serrano**
Dictaminadores: Dra. **Cynthia Zaira Vega Valero**
Dr. **Carlos Nava Quiroz**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



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:

- Ψ Agradezco a Dios, por proporcionarme la vida y la capacidad para poder apreciar las cosas maravillosas que se han colocado sabiamente en este mundo.
- Ψ Agradezco también a mi madre, por sus esfuerzos diarios, su apoyo moral y su fe en mí. Gracias a su infinito apoyo he podido realizar esta carrera y sobre todo he podido sobrevivir a las fuertes situaciones aún en ausencia de una figura paterna.

¡Muchas gracias mamita!

- Ψ Agradezco a mi tía Maricela quién con sus consejos y apoyo, he podido comprender que tengo una segunda madre y una amiga en la que siempre podré confiar.
 - Ψ Agradezco también el apoyo de mi novio Alfredo Martínez, quien con su amor y regaños, me ha enseñado que en la vida todo se puede lograr, incluso en las situaciones más difíciles y de desánimo.
 - Ψ Agradezco a la Dra. Sandra Anguiano Serrano, por su colaboración para escribir esta tesina, sus palabras de aliento y sus sabios consejos para hacer de éste escrito un trabajo decoroso y funcional para investigaciones futuras. Además de que se ha convertido en un ejemplo para continuar en este camino del conocimiento.
 - Ψ Agradezco a los profesores Zaira Vega Valero y Carlos Nava Quiroz, por su tiempo, por sus exhortaciones y por su amabilidad para conmigo.
 - Ψ Y por supuesto que no podían faltar todos aquellos que indirectamente colaboraron conmigo a lo largo de ésta carrera como mi mejor amiga Angélica Luna Ortiz.
-

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1

CAPÍTULO 1: DIABETES Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS.

1.1 Definición de Diabetes	5
1.2 Tipos de Diabetes	7
1.3 Estrés y Diabetes	9
1.4 La diabetes como un evento de vida en el paciente y su familia	14
1.5 Ajustes en la vida del enfermo diabético para lograr su adaptación ante la enfermedad	15

CAPÍTULO 2: AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA (DIABETES).

2.1 Modelos teóricos explicativos de la relación estrés-enfermedad	18
2.2 Definición de Afrontamiento. Modelo de Lazarus y Folkman	24
2.3 Recursos de afrontamiento	28
2.3.1 Recursos físicos	29
2.3.2 Recursos psicológicos	30
2.3.3 Recursos estructurales	32
2.3.4 Recursos culturales	32
2.3.5 Recursos sociales	33

CAPÍTULO 3: APOYO SOCIAL Y DIABETES.

3.1 Definición de Apoyo Social	34
3.2 Teorías del apoyo social	39
3.3 Afrontamiento, Apoyo Social y Diabetes	41
3.4 La importancia del apoyo social en la adherencia terapéutica del enfermo diabético	43

CONCLUSIONES

47

REFERENCIAS

58

RESUMEN

Como se sabe hasta ahora, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica incurable que se está presentando con mayor frecuencia en nuestro país y, aunque se ha encontrado que las causas de dicha enfermedad pueden ser diversas, un factor que potencializa la aparición o agravamiento de ésta enfermedad es el estrés.

El estrés conlleva muchas implicaciones tanto físicas como psicológicas que pueden empeorar la enfermedad o interferir con la adherencia a los tratamientos médicos, por lo que es importante que el enfermo diabético reconozca la importancia del estrés, utilice algunos recursos para afrontarlo y que cuente con el apoyo social brindado por familiares y amigos, para no sufrir complicaciones.

Es por lo anterior, que en este trabajo, se ha revisado la literatura sobre apoyo social, afrontamiento y adherencia terapéutica, poniendo de relieve los datos que apoyan la relación entre esos tres conceptos. Además se ha subrayado la relación entre los recursos de afrontamiento, y el apoyo social como variable importante en la calidad de vida de un enfermo diabético.

Esto porque se cree que el apoyo social puede tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, el mantenimiento de los cambios conductuales (como estimular la búsqueda de atención médica, el ejercicio y una dieta saludable, o dejar el fumar, y el beber excesivos), y proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo II; Apoyo social; Afrontamiento y Adherencia Terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y la diabetes figuran actualmente como las cuatro principales causas de muerte; y el tratamiento y seguimiento que se le da a dichas enfermedades es reducido por las demandas y exigencias de la vida cotidiana actual. Es por esto que en la actualidad el estudio de estas enfermedades crónico-degenerativas son motivo de preocupación en la mayoría de los países latinoamericanos.

En México por ejemplo, la diabetes afecta actualmente a más de 24 millones de personas y se espera que alcance los 33 millones en el 2025.*

Existe según las estadísticas, dos formas básicas de diabetes en nuestro país:

- La diabetes tipo I, que afecta con más frecuencia a niños y adolescentes, la cual representa aproximadamente entre 5 y 10% de todos los casos de diabetes.
- La diabetes tipo II que es la forma más frecuente de diabetes y se desarrolla principalmente en adultos, aunque hoy afecta cada vez más a niños y jóvenes adultos, y que representa aproximadamente entre 90 y 95% de todos los casos de diabetes.

A pesar de que esta enfermedad puede ser diagnosticada fácilmente y de que existen cada vez más tratamientos disponibles para ayudar a las personas con diabetes a mantener bajo control sus niveles de glucosa, las consecuencias del mal control y la mortalidad por diabetes continúan en aumento.

Se han señalado a través de los años diversas causantes de la diabetes, sin embargo, en la actualidad se ha observado que el estrés es un factor que contribuye en el aumento de los desordenes físicos y psicológicos de la persona

* FUENTE: INEGI (2006) Estadísticas Nacionales de Salud <http://inegi.com.mx/mexico.srt.mx>. E Intervention and Education - Enhancing the lives of people with diabetes, FID 2001 Keep your Kidneys Healthy, National Diabetes Information Clearinghouse, www.niddk.nih.gov

enferma. El estrés es producido antes y después de la enfermedad y es disposicional en el origen, permanencia y tratamiento de la enfermedad.

En este sentido, se puede decir que el estrés no es una prioridad de la persona o una prioridad del ambiente, sino es el producto de una relación constante entre ellos, la cual es cambiante y por lo tanto determinante en la salud de los individuos.

Cada uno de los componentes de la relación entre el ambiente y la persona son importantes en el establecimiento de la enfermedad, sin embargo, el afrontamiento ante las situaciones estresantes es trascendental ya que de ello dependerá el equilibrio de la persona enferma.

Bajo este supuesto, es importante decir que el afrontamiento es el conjunto de respuestas ejecutadas ante la situación estresante; para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y restablecer el equilibrio, es decir, adaptarse a la nueva situación.

Los recursos de afrontamiento pueden ser diversos, pero sin duda los más distinguidos son los recursos sociales. Los recursos sociales se refieren a los procesos de interacción social que se producen en el entorno del enfermo, como la familia, los compañeros y los amigos.

Los recursos sociales incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen cruciales para el afrontamiento del estrés sobre todo cuando se padece diabetes.

El apoyo social y familiar puede actuar como amortiguador, reduciendo la asociación entre la enfermedad somática grave y la depresión, y entre el estrés y el control glucémico deficiente (Sandín, 2003).

Cuando se habla de diabetes es necesario hablar de relaciones funcionales que contemplen factores físicos, conductuales y ambientales. Cada uno de estos

contribuye en cierta medida a los diferentes tipos de problemas que se encuentran en la práctica cotidiana de la persona con diabetes y que causan estrés.

Es importante decir que la relación entre estos factores no es estática ni unidireccional, ya que la conducta puede ser alterada por la enfermedad, y la enfermedad puede ser alterada por la conducta.

Precisamente por esto, el apoyo social parece uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular.

Por supuesto que, en este sentido el apoyo social, incluye un trabajo continuo y específico de un grupo de profesionales en los que se incluyen, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos, educadores de la salud, y psicólogos, por lo que, el papel del psicólogo también es importante en la atención del paciente diabético.

Las funciones del psicólogo dentro del área de la salud, y específicamente en el manejo de enfermedades como la diabetes son:

1. Mejorar el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos y conductuales.
2. Trabajar en programas preventivos enfocados a modificar el estilo de vida de los sujetos, en relación de sus hábitos alimenticios, ejercicio físico, conducta de fumar y de ésta manera cambiar patrones de conducta que incrementen el riesgo de otras enfermedades crónicas (Reynoso y Seligson, 2000).

De esta forma se entiende que el psicólogo de la salud tiene como actividad central que el sujeto enfermo, aprenda a afrontar su enfermedad y como complemento de esta actividad se requiere también que fomente conductas preventivas en la población enferma o potencialmente enferma, para prevenir la diabetes y otras enfermedades crónico-degenerativas.

Para lograr dicha tarea se requiere de al menos tres elementos principales en las personas:

- Contar con información sobre la enfermedad (en este caso la diabetes).
- Que el sujeto aprenda a tener la sensación de control sobre el medio y particularmente de la enfermedad.
- Que el sujeto integre una red de soporte social que ayude a sostener sus cuidados generales (familia, amigos, cónyuges, doctores, etc.).

Una vez que se ha proporcionado un panorama general de éste escrito, se derivarán las temáticas específicas por capítulo:

En el capítulo uno, se considerarán las generalidades de la diabetes mellitus, su etiología, su relación con el estrés y los ajustes a los que se tiene que someter el enfermo para tener una mejor calidad de vida.

En el capítulo dos, se especificará el papel que juega el afrontamiento y se referirán algunos recursos que pueden ser funcionales para disminuir el estrés percibido por el paciente diabético.

En el capítulo tres, se detallará en que consiste el apoyo social, se considerarán algunas teorías con respecto a éste tema y por último se hablará de la importancia del apoyo social en la adherencia terapéutica del enfermo diabético.

En virtud de éstas temáticas, el objetivo de este trabajo, es describir en que consisten los diferentes recursos de afrontamiento y las funciones que tiene el apoyo social para el adecuado manejo del estrés en el enfermo diabético.

CAPÍTULO 1: DIABETES Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una grave enfermedad crónica, y se calcula que en 2003 la prevalencia mundial alcanzó los 194 millones de personas. Se prevé que esta cifra alcance los 333 millones para el 2025 como consecuencia de una menor esperanza de vida, un estilo de vida sedentario y el cambio de patrones alimenticios. En México la Encuesta Nacional de Salud 2000, efectuada por el Instituto Nacional de Salud Pública, detectó 3.65 millones, y alrededor de 582 826 mexicanos murieron de diabetes en el periodo 1980-2000, y se cree que la enfermedad se presentó, igual que en la mayoría de los países en desarrollo, de forma rápida y sin remplazar a los problemas como la desnutrición y las enfermedades infecto-contagiosas, lo que ha complicado todavía más la situación (Barquera, 2003 y SS, 2004)

México ocupa los primeros lugares a nivel mundial, en mortalidad general por complicaciones por diabetes, es por eso que la persona con este padecimiento, debe aceptar su condición crónica para enfrentar esta enfermedad, adherirse a un tratamiento médico adecuado y adaptarse a cambios importantes que le permitan llevar una buena calidad de vida y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad (Lazcano y Salazar, 2007).

1.1 Definición de Diabetes.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, resultante del defecto en la secreción de la insulina, la acción de la insulina, o ambas. La hiperglucemia crónica se asocia a lesiones a largo plazo en varios órganos. Es una enfermedad crónica incurable de momento, sin embargo diversas medidas disponibles en la estrategia de intervención se han demostrado eficaces para que quienes la padecen puedan llevar un control óptimo sobre la misma. (Reynoso y Seligson, 2000; Samaniego y Álvarez, 2006).

En la figura 1 se puede observar con más detalle el funcionamiento del páncreas en el organismo de una persona sana y una persona con diabetes.

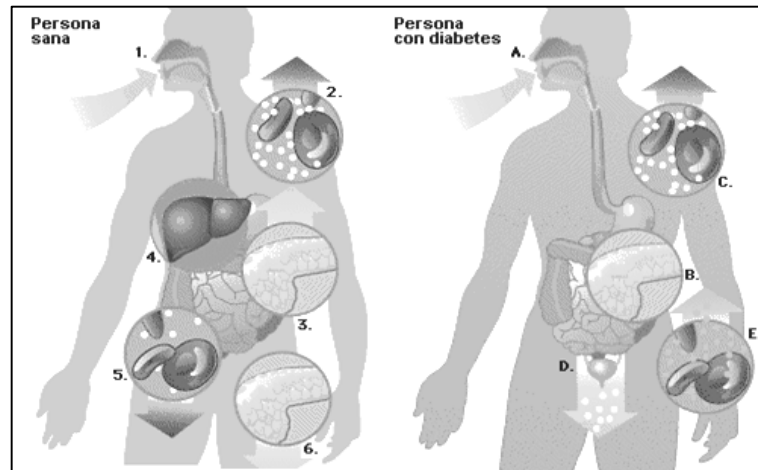


Fig.1 La insulina segregada por el páncreas controla la concentración en sangre del azúcar glucosa, necesaria como combustible en numerosas reacciones químicas (imagen de: Samaniego y Álvarez, 2006).

A continuación se explicará el funcionamiento del páncreas, retomando la figura anterior. En una persona sana, la digestión del alimento (1) induce el aumento de la glucosa en sangre (2). El páncreas libera insulina (3), que estimula la absorción de glucosa por parte de las células. También contribuye a transformar la glucosa en glucógeno, que se almacena en el hígado (4) y los músculos como reserva energética. Las hormonas regulan la liberación de insulina estimulando la disminución de la concentración de azúcar en sangre (5), lo que a su vez frena la secreción pancreática (6).

En una persona con diabetes mellitus, el páncreas no produce insulina suficiente o el organismo no es capaz de utilizarla. Después de la digestión (A), si el páncreas no segrega suficiente insulina (B), el organismo se ve obligado a descomponer las grasas, pues no puede utilizar la glucosa para obtener energía. Como consecuencia, se eliminan con la orina unos compuestos tóxicos llamados cetonas (D), que también se acumulan en la sangre (E) y provocan acidosis cetónica, un cuadro grave que puede degenerar en coma o muerte. Si el organismo no es capaz de utilizar la insulina, la glucosa se acumula fuera de las

células y circula sin ser absorbida. Las concentraciones elevadas de este azúcar en sangre (C) y orina (D) deterioran la capacidad del organismo para combatir las infecciones y pueden provocar también acidosis cetónica (Samaniego y Álvarez, 2006).

Existe una serie ordenada de los principales factores determinantes y factores de riesgo ante la diabetes, dentro de los que se encuentran el modo y condiciones de vida, el hábito de fumar, alimentación incorrecta, hábitos higiénicos incorrectos, consumo nocivo de alcohol, condiciones nocivas de trabajo y desempleo, malas condiciones materiales de vida, predisposición a las enfermedades degenerativas y hereditarias, la contaminación y por supuesto el estrés de la vida diaria. Éste último factor puede propiciar el origen o agravamiento de la diabetes.

Como se puede notar, la diabetes tiene una etiología multifactorial que abarca componentes genéticos, factores ambientales y alteraciones inmunológicas.

La diabetes se puede clasificar en dos tipos:

- La diabetes tipo I ó juvenil, en la cual el páncreas no produce, o produce poca insulina y,
- La diabetes tipo II, donde las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce. De ambas se profundizará en el siguiente apartado.

1.2 Tipos de Diabetes.

La diabetes tipo I insulodependiente, también es conocida como *diabetes juvenil*, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos jóvenes). En este tipo de diabetes, el páncreas no produce insulina, y los pacientes no sólo deben llevar una dieta baja en carbohidratos, sino que también deben inyectarse insulina para compensar, la que su organismo no produce.

El tratamiento con insulina en este tipo de diabetes, es esencial para evitar la deshidratación rápida y severa, pues en su mayoría, los pacientes son delgados y han tenido pérdida de peso importante, poliuria, polidipsia y fatiga antes de la presentación de la enfermedad. Cuando se presenta la enfermedad hay elevaciones significativas de la hemoglobina glucosilada (proteína de la sangre unida a la glucosa), que evidencian la hiperglucemia durante semanas o meses (Arroyo, Bonilla y Trejo, 2005). Se estima que este tipo de diabetes la padecen, 1 de cada 5 personas entre los 5 y los 19 años (Zúñiga e Islas, 2000).

La diabetes tipo II, se presenta en adultos y es la más común, y a diferencia de la de tipo I; el organismo sí produce insulina, pero no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. Este tipo de diabetes suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad y la mayoría de las veces se presenta en personas obesas, de manera asintomática presentando indicios leves asociados con antecedentes familiares.

“Los pacientes con diabetes II, no son absolutamente dependientes de inyecciones de insulina para sobrevivir, aún cuando a menudo se utiliza como posible recurso para reducir los niveles de glucosa sanguínea durante infecciones graves, cirugía o en problemas del corazón” (Arroyo, Bonilla y Trejo, 2005) (pág. 64).

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), constituye un problema de salud pública, y las complicaciones de salud derivadas de esta enfermedad pueden llegar a ser bastante severas, como la retinopatía diabética, la insuficiencia renal crónica, trastornos musculares, entre otras (op.cit).

Para que la situación del enfermo diabético no empeore, es necesario atender los aspectos psicológicos que envuelven a ésta enfermedad, pues de éstos dependen que el paciente se adhiera al tratamiento médico indicado para su caso.

Uno de los factores que puede influir negativamente tanto en la enfermedad, como en el tratamiento, es el estrés, por lo que en el siguiente apartado se analiza con más detalle este aspecto.

1.3 Estrés y Diabetes.

Aunque existen muchas definiciones de estrés, es entendido por los expertos en salud como, la respuesta del organismo que surge ante las demandas de un evento particular y que sobrepasa los recursos del individuo, rompiendo así con el equilibrio emocional de la persona.

Según Barraza (2006), “el estrés es un proceso dinámico complejo desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad de un individuo y para la calidad de sus relaciones significativas que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual y mejorar la calidad de la adaptación al medio”(pág. 46).

Se puede incluso decir, que el estrés, implica una serie de cambios psicofisiológicos que se producen en el organismo en respuesta a cualquier situación percibida como estresante, algunos de los cambios que se observan son: una rápida movilización de la energía que permanece almacenada de modo que la glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y se dirigen a la musculatura, un incremento de la frecuencia cardiaca, respiratoria y de la presión arterial, lo que facilita el transporte del oxígeno a las células, una paralización de la digestión, una disminución en el impulso sexual, una inhibición de la actividad del sistema inmunológico, además de que si la situación estresante dura un tiempo prolongado, puede ser un factor que desencadene diversos tipos de trastornos en la salud del individuo, ya sea que exacerbe o empeore los síntomas y complicaciones de algún problema de salud preexistente, o bien, que aparezca alguna enfermedad a la que el sujeto estaba predispuesto por factores biológicos, constitucionales o genéticos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Lazcano y Salazar, 2007).

Estos cambios psicofisiológicos producidos en el cuerpo por el estrés, provocan o potencializan el agravamiento de trastornos como los que se enlistan a continuación:

Acné	Dispepsia
Adicción a las drogas	Dolor crónico
Aerofagia	Estreñimiento
Alteraciones de la libido	Eyacuación precoz
Alcoholismo	Fobias
Anorexia	Hipertensión
Arritmias cardiacas episódicas	Hipoglucemia
Asma	Infarto de miocardio
Dermatitis atípica	Muerte súbita
Diabetes (principalmente la tipo II)	Nauseas
Cefalea tensional	Obesidad
Colitis ulcerosa	Predisposición a los accidentes
Depresión	Seborrea
Diarrea	Temblores
Epilepsia	Tumores
Enfermedad de Raynaud	Ulceras
Impotencia	Vaginismo

Tabla 1. Principales trastornos asociados al estrés (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Como se puede observar una de las enfermedades relacionadas con el estrés es la diabetes (que es el centro de estudio en este trabajo).

Para dar cuenta de la relación que el estrés mantiene con la diabetes, primero procederé a describir de manera breve el funcionamiento del sistema endocrino, dado que éste juega un papel fundamental para el funcionamiento del metabolismo.

El proceso que lleva a cabo el cuerpo para metabolizar el alimento, inicia cuando el organismo descompone los alimentos en elementos más simples, de tal manera que estos se pueden asimilar en forma de moléculas como aminoácidos, glucosa y los ácidos grasos libres, pero si el organismo se ve ante una demanda del medio que provoca estrés, le exige movilizar esta energía. Pero si la insulina no transporta los ácidos grasos hasta las células adiposas, así como la síntesis del glucógeno y las proteínas, entonces los índices glucémicos se elevan provocando malestar en el enfermo (Álvarez, 1998).

En la diabetes tipo II, provoca que haya un exceso de glucosa y ácidos grasos libres en sangre, por lo que el estrés crónico, aunado a estilos de vida poco saludables en una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y adulta), puede constituir un elemento que acelere la aparición de esta enfermedad (op.cit).

La diabetes y el estrés tienen una relación muy estrecha, puesto que cualquiera que sea la causa del mismo, es capaz de producir un debut de la diabetes tipo II y/o causar una descompensación en los pacientes con ambos diagnósticos (Tipo I y Tipo II), agravando el estado de salud de forma directa a través de:

- La alteración de la secreción hormonal, entendido como el desarrollo de las denominadas “hormonas del estrés”, entre las cuales se encuentran la adrenalina y el cortisol, que tienen como uno de sus principales efectos la movilización de la energía almacenada, que incluye a la glucosa y los ácidos grasos (Méndez y Beléndez, 1994 y Surwit, 2002).
- La influencia del Sistema Nervioso Central sobre la secreción pancreática: los efectos directos del estrés sobre las estructuras que controlan el páncreas también pueden inhibir la secreción de insulina (Surwit, 2002).

Es importante señalar, que aunque se tienen más documentados los casos del efecto del estrés en pacientes con diabetes tipo II, esto no quiere decir que en la diabetes juvenil o tipo I el estrés no juegue también un papel fundamental, sobre todo si tomamos en cuenta, que el estrés no sólo implica una respuesta fisiológica que puede alterar el organismo, sino también respuestas psicológicas que pueden interferir con el tratamiento.

A continuación, se enumeran una serie de factores que pueden ser percibidos como estresantes por el enfermo que padece diabetes, y que lo impactan a nivel psicológico.

Además de las situaciones estresantes de la vida cotidiana, la condición del diabético impone una serie de potenciales estresores adicionales específicos, como por ejemplo:

1. La forma de aparición de la enfermedad (repentina, inesperada, lenta, evolucionada) su duración (que en el caso de la diabetes es para toda la vida).
2. Su intensidad y gravedad (que puede suponer padecimiento de dolor, sentimientos de impotencia, cambios permanentes en funciones corporales, cambios permanentes en el aspecto, pérdida de papeles sociales clave, inseguridad e imprevisibilidad del futuro, hospitalización y separación de familia y amigos, posibilidad de una muerte inesperada, etc.) (Barra, 2004).
3. La complejidad y las demandas diarias del tratamiento, pues el individuo diabético tiene que hacer frente a diversas presiones o “tentaciones” sociales para cumplir el régimen de su tratamiento (por ejemplo, cuando un niño diabético asiste a un cumpleaños y no puede comer pastel, pues sino se elevarán sus índices glucémicos).
4. El “estigma” de estar enfermo y considerarse diferente a los demás y tener una lucha con el desconocimiento y las ideas erróneas de la población general sobre la diabetes (Méndez y Beléndez, 1994).

5. Los efectos colaterales del tratamiento, como los episodios hipoglucémicos, que conllevan “bajones” de la glucemia o la dificultad para diferenciar entre los tipos de síntomas (si se baja o se sube la azúcar) (Alberti, 1989 citado en Méndez y Beléndez, 1994).
6. La incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras.
7. Las inyecciones de insulina.
8. El costo de la atención médica y el autocuidado (Cabrera y Olvera, 2005).
9. Los sentimientos de frustración y de poco control sobre la enfermedad.
10. Las creencias erróneas sobre la diabetes y los tratamientos médicos.

Efectivamente, el tipo de respuesta psicosocial que una persona desarrolla ante la enfermedad está determinado, primero, por el nivel de "gravedad percibida" (conjunto de creencias sobre la enfermedad de la persona, que constituyen la concreción personal de la "representación social" que de la enfermedad existe dentro del grupo social); y segundo, por el conjunto de síntomas dolorosos y discapacitantes que la acompañen (Barra, 2004).

Además de las complicaciones fisiológicas que propicia el estrés, se deben de considerar los cambios psicológicos, pues según Espinosa (2004), “el estrés puede provocar angustia, depresión y dificultades para adaptarse a la enfermedad”, es por ello, que le paciente diabético necesita utilizar recursos que le permitan sobrellevar esta nueva situación como por ejemplo, adherirse al tratamiento médico, cambiar sus hábitos y sus estilos de vida.

En el siguiente apartado se describen las diferentes funciones que tiene la enfermedad crónica (en este caso diabetes), como agente estresante en la vida de la persona que la padece.

1.4 La diabetes como un evento de vida estresante en el paciente y su familia.

La aparición de la diabetes en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida que no sólo afecta al enfermo sino también a sus familiares.

La apreciación de una enfermedad como estresante puede ser función de las propias características fisiológicas de los síntomas que presenta (como estresor físico); de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones determinan la aparición de la enfermedad misma (estresor psicológico); de la interacción social real vulnerada por la aparición de la enfermedad (como estresor social), y, por último, la enfermedad en función de las normas, valores, creencias y símbolos generales que sobre ella se transmiten de generación en generación (como estresor cultural) (Rodríguez, Pastor y López, 1993 y Schwartzmann, 2003).

En este sentido se entiende que la diabetes, no sólo produce una respuesta de estrés en la persona que la padece, sino que también tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo, al ser partícipes de una serie de cambios y ajustes que también tienen que hacer en su vida, como por ejemplo, los cambios en los roles habituales.

Según Arroyo, Bonilla y Trejo (2005), “Las enfermedades largas pueden incluso conducir a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos, o con la resistencia por parte de algunos de los miembros de la familia participar en el cuidado del enfermo, si éste permanece en la casa” (pág. 65).

Además, la enfermedad crónica plantea, en gran medida, un problema comportamental tanto en el enfermo, como en los cuidadores, ya que ambas partes comparten una gran responsabilidad en cuanto al tratamiento se refiere (Viniestra, 2006).

Se puede decir entonces, que la adaptación a la enfermedad crónica está así determinada por:

- a) Las características de la enfermedad: su duración, gravedad y curso.
- b) Las características del individuo: su sistema de creencias, percepción de control, sus experiencias previas (aprendizaje previo de recursos y habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes), etc.
- c) El contexto general del sistema social donde se produce la enfermedad del sujeto (disponibilidad de recursos familiares y sociales, dónde se incluye el apoyo social).

Todas estas características pueden actuar facilitando o entorpeciendo la adaptación a la enfermedad crónica, es por eso que, para facilitar una mejor adaptación a las demandas a las que se enfrenta un paciente diabético, es necesario que éste realice ajustes en su vida. En el siguiente apartado se mencionan algunos de los ajustes que pueden realizar los enfermos diabéticos.

1.5 Ajustes en la vida del enfermo diabético para lograr su adaptación ante la enfermedad.

A lo largo de este capítulo he mencionado la importancia de la adaptación del sujeto a la enfermedad, ahora bien, para que esta adaptación se lleve a cabo de manera eficaz, el individuo necesita hacer una serie de ajustes, que se podrían clasificar de la siguiente manera:

- 1) Ajustes comportamentales: Los ajustes comportamentales se refieren a aspectos restrictivos y prescriptivos de la enfermedad y tratamiento. Los restrictivos incluyen limitaciones en la capacidad física que trastorna el funcionamiento laboral, sexual, familiar y social. Los aspectos prescriptivos del ajuste comportamental se relacionan con el cumplimiento del tratamiento e incluyen la incorporación, eliminación y/o modificación de conductas (Espinosa, 2004).

2) Ajustes cognitivos: Los ajustes cognitivos en la enfermedad crónica incluyen el aprendizaje de nueva información relacionada con la enfermedad y el tratamiento, cambios en los sistemas de creencias del sujeto, en sus actitudes, y aprendizaje de destrezas específicas del afrontamiento cognitivo. Las habilidades cognitivas también son útiles para mejorar el ajuste a la enfermedad crónica (reinterpretación de sensaciones dolorosas, ensayos cognitivos para afrontar las consecuencias aversivas de algunos tratamientos como la diálisis, o el suministro de insulina, etc.) (Labiano, 2002; Valadez y Landa, 1998).

3) Ajustes emocionales: El aprendizaje de mecanismos de control de respuestas emocionales como ansiedad, depresión, ira, frustración etc., será útil para la adaptación a la enfermedad crónica (Domínguez y Olvera, 2002).

4) Ajuste interpersonal: El ajuste interpersonal asociado a la enfermedad crónica implica cambios en los roles familiares y sociales. Las limitaciones impuestas por la enfermedad del sujeto también repercuten en su entorno familiar y social rompiendo el equilibrio de estos sistemas. La familia en muchos casos, debe asumir la actividad laboral y social que desarrollaba el paciente, los cuidados del paciente etc. La adaptación de la familia y amigos a la enfermedad del sujeto, y la manera en que reaccionen ante los esfuerzos de éste por adaptarse a su enfermedad, repercutirá en el resultado adaptativo que logre (Arroyo, Bonilla y Trejo, 2005; Zúñiga e Islas, 2000).

5) Ajuste físico: En la esfera física, el mayor o menor dolor e incomodidad causado por la enfermedad crónica precisará del sujeto la utilización de estrategias que sean paliativas a corto plazo y permitan la adaptación, en la medida de lo posible, a esa situación de dolor y estrés a largo plazo (Labiano, 2002).

Para lograr una mejor adaptación, Lazcano y Salazar (2007), recomiendan que el paciente diabético logre un ajuste adecuado a las nuevas demandas sociales, psicológicas y fisiológicas a partir de la enfermedad, para ello es necesario que establezca, utilice y perfeccione sus estrategias de afrontamiento, ya que por medio de ellas logrará adaptarse a los cambios que le demande su

nueva condición, un adecuado soporte social y una adecuada adherencia terapéutica, ya que un buen uso de estos tres aspectos mejorará su calidad de vida.

En el siguiente capítulo se aborda de manera más amplia la importancia del manejo del estrés y los recursos de afrontamiento, en el paciente diabético para lograr una adaptación adecuada a su condición.

CAPÍTULO 2: AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA (DIABETES).

En este capítulo se hablará acerca de los principales modelos teóricos que explican la relación estrés- enfermedad, y por consiguiente el papel fundamental que tiene el afrontamiento en el padecimiento de enfermedades crónicas, particularmente la diabetes.

2.1 Modelos teóricos explicativos de la relación estrés-enfermedad.

Como ya se dijo antes, no se debe considerar al estrés como una propiedad de la persona o una propiedad del ambiente, ni como un estímulo o una respuesta, sino como una interacción particular entre la persona y el ambiente. Es decir, persona y ambiente se encuentran en una relación constantemente, cambiante y dinámica actuando cada uno sobre el otro.

Es por eso que en este apartado se mencionarán los principales modelos teóricos psicológicos que explican el estrés y su relación con la enfermedad.

MODELO DE PATRÓN DE RESPUESTA DE ORIENTACIÓN/DEFENSA (Sokolov, 1963.): Este modelo hace referencia a un patrón de respuesta automática del organismo que valora inicialmente la situación en términos de si es amenazante o no lo es. La respuesta de orientación (RO) es inespecífica y se presenta ante estímulos nuevos o cambios estimulantes considerados no nocivos por el individuo. Consiste en una serie de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras, con las que el organismo incrementa su capacidad discriminativa, para hacerse más receptivo y prepararse para recoger más información. La respuesta de defensa (RD) es diferente de la anterior y se presenta ante estímulos considerados nocivos, se caracteriza porque prepara al organismo para actuar y tratar de escapar o reducir dicha situación. La dominancia de un tipo de respuesta esta en virtud de cómo valora el sujeto la situación, y a su vez dicha valoración dependerá de los procesos de condicionamiento y de predisposición biológica (Vallejo y Labrador, 1984, citado en Anguiano, 2003).

MODELO DE DISREGULACIÓN DE SCHWARTZ (Schwartz, 1977): Este modelo considera que los estímulos del ambiente o las exigencias ambientales inciden sobre el organismo, entrando en el cerebro a través del input sensorial correspondiente, procesándose a nivel central y emitiéndose las subsecuentes señales de control del output motor. Si un sujeto evalúa las exigencias ambientales como amenazantes, su cerebro activará los circuitos neurales necesarios para la activación de su organismo. Sin embargo, el sistema orgánico puede autorregularse mediante el circuito de feedback negativo que envía al cerebro señales de haber excedido el límite permitido para el órgano, las cuales son procesadas nuevamente como necesidad de contrarrestar la activación y dando como resultado la disminución de la descarga nerviosa sobre el órgano, consiguiéndose así la autorregulación del sistema (op.cit).

MODELO INTERACTIVO DE EVERLY (1989): Este modelo comprende una serie de procesos encadenados en el tiempo cuya secuencia comienza con la aparición de un evento estresante al que le sigue una serie de procesos cognitivos-afectivos. La intervención de los mecanismos neurológicos desencadenantes va a generar la respuesta de estrés que actúa sobre los propios procesos cognitivo-afectivos por medio de un circuito de retroalimentación (feedback). La respuesta de estrés puede involucrar la activación de órganos diana, lo cual actúa de nuevo sobre los procesos cognitivos-afectivos. Por último el sujeto puede poner en marcha la estrategia de afrontamiento del estrés en la cual la activación resultante es atenuada; o bien sino dispone de estrategias de afrontamiento, la consecuencia es que la activación y la respuesta incrementa y/o persista y se produce una disfunción orgánica (Fernández-Abascal y Martín, 1997 citado en Anguiano, 2003).

MODELO DE EMOCIÓN Y ADAPTACIÓN ANTE LOS ESTÍMULOS QUE PRODUCEN EL ESTRÉS (Leventhal y Nerenz, 1987 citado en Anguiano, 2003): Este modelo concibe al sujeto como un sistema regulador que intenta activamente alcanzar objetivos concretos. Este sistema regulador se considera como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos

en series o etapas; una etapa de entrada, que representa el campo de estímulos y establece objetivos; una salida o producción de respuesta, o etapa de afrontamiento, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento y una etapa de supervisión que involucra la atención a las consecuencias de la acción, en relación al conjunto inicial de objetivos.

Quizá una de las características más importantes de este modelo es la distinción entre las características objetivas del medio, y el procesamiento de reacciones emocionales ante los objetos. Estos dos sistemas reguladores, aunque son relativamente independientes son interactivos, ya que están implicados en la creación de la percepción y los sentimientos asociados a la misma.

MODELO COGNITIVO DE ESTRÉS (Valdés y de Flores, 1990 citado en Anguiano, 2003): Este modelo señala que la adaptación del organismo humano a su entorno tiene lugar a partir del establecimiento de cogniciones, que es el modo específico que tiene el sistema nervioso de procesar la información que recibe a través de los órganos de los sentidos. Por esa razón es muy importante estudiar las cogniciones que el sujeto hace acerca del ambiente y de sus posibilidades de interactuar saludablemente con él.

Cuando esa evaluación es “tranquilizadora” en el sentido de tribuir al organismo la posibilidad de adaptación a las demandas del ambiente, el sujeto pone en marcha el sistema simpático- adrenal, que lo prepara para la acción, e interactúa con el medio sin alteraciones emocionales. Cuando esa evaluación es negativa y establece cogniciones de incertidumbre, el sistema simpático-adrenal se pone en alerta.

Este tipo de activación sostenida implica un alto coste energético que desorganiza las funciones biológicas y da lugar a alteraciones cognitivas y a la perturbación del aprendizaje, en la siguiente tabla se puede apreciar este proceso:

Agentes potencialmente estresantes	Dotación genética	Experiencias pasadas	Defensas psicosociales	Reacción fisiológica	Estrategias conductuales	Estrés
Acontecimientos vitales. Tensión Crónica.	Vulnerabilidad. Diátesis Psicopatológicas.	Experiencias Tempranas. Aprendizajes y Adquisición de habilidades de entrenamiento.	Defensa perceptiva. Mecanismos psicológicos de defensa. Apoyo Social.	Activación autonómica, neuroendocrina e inmunológica.	Conducta adaptativa. Conductas sustitutivas. Conductas malsanas.	Ansiedad Depresión Síntomas Disfunciones Enfermedad

Tabla 2 Modelo Cognitivo del Estrés (Valdés y de Flores 1990, citado en Anguiano, 2003).

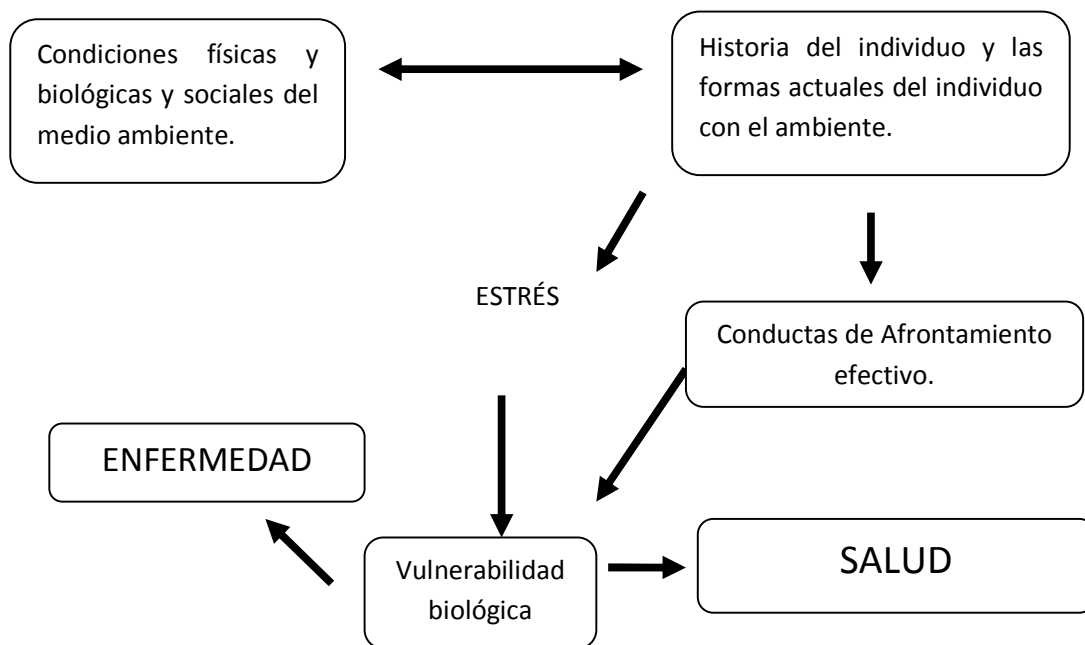
MODELO RELACIÓN ESTRÉS- ENFERMEDAD (Valdez y Landa, 1998):

Este modelo señala que el proceso estrés esta matizado por varios factores:

- a) Una gran variedad de condiciones ambientales (positivas y negativas que pueden producir estrés)
- b) Los individuos que pueden responder a la misma condición de forma diferente
- c) Las respuestas de las personas a un evento estresante varían según su estado psicológico y fisiológico.
- d) El grado de estrés que una persona experimente dependerá en parte del significado vinculado al evento perturbador.
- e) Las acciones, pensamientos y sentimientos que utiliza una persona para manejar el estrés (proceso de afrontamiento).

En la figura 2 se explica el mecanismo de este modelo:

Fig. 2 Modelo relación estrés enfermedad (Valadez y Landa, 1998)



Modelo de línea o ruta directa (Taylor, 1986 citado en Valadez y Landa, 1998): El estrés puede producir cambios fisiológicos y psicológicos que conducen al desarrollo de enfermedades; se establecen precursores de la enfermedad tales como la fatiga y dolor los cuales si no son tratados llevan al establecimiento de la enfermedad como tal.

Modelo de línea o ruta interactiva (Taylor, 1986 citado en Valadez y Landa, 1998): Este modelo enfatiza la importancia de una preexistente vulnerabilidad psicológica o física en la relación estrés- enfermedad.

El estrés lleva a la enfermedad solo a la gente que tiene una vulnerabilidad inicial; ahora bien solo el estrés o solo la vulnerabilidad no son suficientes para producir la enfermedad.

Ruta de conducta saludable (Taylor, 1986 citado en Valadez y Landa, 1998): El estrés puede afectar indirectamente a la enfermedad al alterar los patrones de conducta de una persona; los hábitos saludables alteran los efectos biológicos del estrés.

Ruta de la conducta enferma (Bayés, 1992 citado en Valadez y Landa, 1998): El estrés puede afectar directamente la conducta enferma sin causar enfermedad. Esto se explica por el hecho de que algunos síntomas de estrés, (ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, temblor, confusión, sudoración, etc.) pueden confundirse con signos de una enfermedad más grave y entonces llevar a la búsqueda de ayuda médica.

Como se puede observar el estrés puede ser percibido por la persona como un factor causante de la enfermedad, y a su vez la enfermedad puede ser un agente estresante percibido así no sólo por el paciente sino también para su familia.

Al respecto, Barraza (2006), ejemplifica esta situación al hacer referencia al estrés que viven los universitarios: “Muchos estudiantes saben que tras una época intensa de exámenes, es fácil contraer gripa o algún catarro. En este caso, como en otros muchos, el estrés no causa la enfermedad, sino que llega a debilitar lo suficiente el organismo para que este caiga preso de la misma enfermedad” (pág. 4).

Lo anterior no debe interpretarse como que el estrés sea el factor causal responsable de las enfermedades, más bien se considera que el estrés aumenta el riesgo de que el organismo las desarrolle o las exacerbe.

Para entender con mayor profundidad el papel que juega el estrés en el proceso salud- enfermedad, se añadirá el término de afrontamiento visto desde el modelo de Lazarus y Folkman (1986), y también se considerarán algunas funciones que desempeña el afrontamiento en la adaptación que tiene el enfermo a sus nuevas demandas ambientales.

2.2 Definición de Afrontamiento. Modelo de Lazarus y Folkman.

Lazarus y Folkman, (1986), conciben el estrés (en sujetos humanos) como resultante de una "valoración" que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos/capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas.

Los recursos que el sujeto toma en cuenta en esa apreciación o valoración de la situación pueden considerarse como recursos de afrontamiento, y su puesta en práctica para intentar restablecer el equilibrio son las respuestas de afrontamiento.

Los autores de este modelo señalan que el grado en que un acontecimiento sea estresante viene determinado por un gran número de factores personales y situacionales, como por ejemplo: la novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre del acontecimiento, los factores temporales de inminencia y por último la ambigüedad y cronología de los eventos estresantes.

Uno de los principales elementos de este modelo lo constituye el concepto de afrontamiento, considerado como un proceso mediado por factores personales, contextuales y ambientales así como la interacción entre los mismos.

El término afrontamiento lo definen como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Es decir, el afrontamiento está en función de lo que el individuo piensa y hace (Lazarus y Folkman, 1986) (pág.164).

Este modelo considera al afrontamiento como un proceso mediado por factores personales y lo aborda desde un punto de vista interaccionista, en donde no sólo son importantes los aspectos contextuales sino también la valoración que el sujeto hace de los mismos.

Esta conceptualización de afrontamientos de Lazarus y Folkman (1986), nos permite entender de mejor manera el afrontamiento, por los siguientes aspectos:

- 1) el afrontamiento es un proceso, no un rasgo personal innato en el individuo.
- 2) el afrontamiento es el uso de todos aquellos recursos excedentes del individuo y no un comportamiento automatizado.
- 3) al definir el afrontamiento como proceso se permite incluir en él cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga; con esto se resuelve el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido.
- 4) establece que el afrontamiento no es sinónimo de dominio, sino un conjunto de esfuerzos para manejar, evitar, minimizar, etc. una situación estresante (op.cit).

Por lo tanto, el afrontamiento es dinámico, en momentos específicos, se contará con estrategias defensivas y en otros con estrategias que lleven a la resolución del problema, todo ello a medida que vaya cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que particulariza el afrontamiento como proceso no es una cuestión al azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Así, al margen de su origen, cualquier cambio en dicha relación dará lugar a una reevaluación de lo que está sucediendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto (Cabrera y Olvera, 2005).

Para entender mejor este proceso se explicarán las tres fases que lo componen:

- A. **Evaluación Primaria:** la cual se refiere a “cómo” el individuo percibe o interpreta la situación que se le está presentando y que podría ser de tres maneras:

- ✓ Evaluaciones Irrelevantes: es cuando la situación o el ambiente no implican problemas para el individuo pues no se preocupa por las posibles consecuencias.
- ✓ Las evaluaciones benigno-positivas: que se dan cuando las consecuencias de una situación o evento se valoran como positivas. Dichas evaluaciones se distinguen por generar emociones placenteras, tales como alegría, amor y felicidad (son raras y pueden llegar a ser complejas o mixtas).
- ✓ Las evaluaciones estresantes: son aquellas en las cuales hay daño o pérdida y el individuo ya ha padecido algún perjuicio, como enfermedades, accidentes, lesiones ó daños a la autoestima.

Dentro de estas evaluaciones se pueden considerar otros dos aspectos, que son la amenaza y el desafío. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que aún no ocurren pero que pueden suceder. El desafío es parecido a la amenaza en el sentido de que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento, sin embargo, en el desafío hay una valoración de los esfuerzos necesarios para vencer en la confrontación, los cuales se caracterizan por generar emociones “placenteras”.

Es importante señalar que aunque las evaluaciones de amenaza y desafío difieren entre sí por sus componentes cognitivos y afectivos, pueden ocurrir de forma simultánea, además la forma en que el individuo valore las situaciones depende mucho de las diferencias individuales y su propia historia individual (Lazarus y Folkman, 1986).

B. Evaluación Secundaria: se caracteriza por determinar “qué” es lo que puede hacerse y los resultados dependen de lo que se haga y de lo que este en riesgo. La evaluación de dichas estrategias implica valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia o estrategias determinadas para una situación en particular, así como las demandas externas y/o internas.

C. **La Reevaluación:** que se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa. Las reevaluaciones son resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento, de tal forma que las estrategias para resolver situaciones estresantes se van perfeccionando.

Es importante señalar, que desde este enfoque, las etapas no pueden ser consideradas como fases invariables que sigan un orden secuencial inalterable; por el contrario, y según las investigaciones empíricas sobre el afrontamiento no se puede identificar un patrón normativo en la secuencia de las etapas, más bien, estas fases suceden según los individuos y según las situaciones (Martínez y Solís, 2001 citado en Cabrera y Olvera, 2005),

Además, es de considerar que el afrontamiento dispone de ciertas funciones que también pueden contribuir a la forma cómo se establezca la secuencia de tales etapas. En el siguiente punto, se describirán dichas funciones y su repercusión en el modo de recuperación referente al evento estresante o de enfermedad.

El afrontamiento tiene dos funciones primordiales según este Modelo los cuales son:

- a. Manipular o alterar el problema con el entorno causante de la perturbación, es decir, manejar la fuente de estrés (El afrontamiento dirigido al problema).
- b. Regular únicamente las emociones estresantes asociadas a la situación y que son consecuencia del problema, y predomina cuando la persona considera que el estresor es perdurable (El afrontamiento dirigido a la emoción).

Por lo que la respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus "*recursos de afrontamiento*" (incluyéndose aquí su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo).

Es decir, depende de que tal persona disponga de tal o tales conductas, estructuradas o no en una "pauta comportamental" (estrategia o recurso), dentro de su repertorio conductual, y además dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca los recursos correspondientes.

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como salud y energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tiene una propiedad motivacional que pueden ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y los recursos materiales (Lazarus, 2000).

Esto significa que ninguna estrategia o recurso de afrontamiento se considera mejor o peor que otro, pues la calidad de dicho recurso esta en virtud de su eficacia que esta determinada por la situación y su utilidad a largo plazo. (Barra, 2004; Espinosa, 2004; Lazarus y Folkman 1986; y Viniegra, 2006).

Lazarus (2000), dice que la diferencia entre una conducta de afrontamiento y una conducta "adaptativa automatizada", radica en que la primera requiere de los esfuerzos del sujeto para manejar la situación mientras que la segunda no los requiere.

Este modelo, aunque fue propuesto hace muchos años, actualmente sigue vigente y se sigue considerando uno de los más adecuados para explicar el proceso de estrés a nivel psicológico.

A continuación se profundizará en los diferentes recursos de afrontamiento de los cuales puede disponer un enfermo diabético o cualquier persona que padezca una enfermedad crónico- degenerativa.

2.3 Recursos de Afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento o también denominadas estrategias de afrontamiento, son todas aquellas alternativas o técnicas que el individuo utiliza para reducir su estrés.

El uso de unos u otros recursos de afrontamiento dependerá de la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se producen, y se pueden clasificar en “físicos”, “psicológicos”, “estructurales”, “culturales” y “sociales”.¹

2.3.1 Recursos físicos.

Los recursos "físicos" se refieren al entorno del sujeto y a las características biológicas de su organismo. Los recursos físicos pueden incluir los recursos materiales que se refieren a cosas tangibles como instrumentos y equipo.

Labiano (2002), menciona que los recursos o estrategias de afrontamiento a nivel físico que puede utilizar el diabético son las siguientes:

Ψ Una adecuada nutrición: pues del alimento que ingerimos a diario depende nuestro bienestar. Hay fuertes evidencias de que una dieta abundante en frutas y verduras, permite que las personas que se someten a estrés afronten mejor las situaciones estresantes y eviten enfermedades como la diabetes y la hipertensión. Cuando el estrés es mayor, se necesita ingerir mayor cantidad de calcio y vitaminas B.

También es importante recordar comer tranquilo, pues así se mantendrá un nivel más constante de glucosa en sangre y evitará tensiones asociadas a la sensación del hambre (Davis, McKay y Eshelman, 1985, citado en Labiano, 2002).

Ψ Ejercicio Físico: la práctica regular de ejercicio constituye, un factor protector para la salud física y emocional, retrasando el envejecimiento. El estrés agudo o crónico se reduce, y hasta puede anularse, a través del movimiento adecuado y regular, pues el ejercicio lleva a un mejoramiento en el humor y disminuye la depresión y la ansiedad.

¹ En este trabajo y para mayor entendimiento del lector, se utilizará el término “recursos de afrontamiento” en vez de “estrategias de afrontamiento”, pues ambos términos hacen referencia a lo mismo.

Con respecto a la eficacia del ejercicio para controlar los altos niveles de estrés, Abboth, Rodríguez, Burchfield y Curb (1994 citado en Labiano, 2002), encontraron en un estudio realizado con 8000 japoneses que vivían en Hawaii, que los que practicaban ejercicio regularmente tenían 25% menos de riesgo de morir de una enfermedad coronaria por presentar menor obesidad, menor tensión arterial, menor diabetes y menor colesterol en sangre a diferencia de los individuos sedentarios.

Ψ Una adecuada regulación respiratoria: es esencial saber como respirar ante situaciones de alta tensión, pues por medio de una buena respiración se puede mantener la salud psicofísica de los individuos. Es por eso que la respiración es una práctica poderosa en el control de la energía vital y en la creación de estados psíquicos sanos.

La respiración apropiada se traduce en una coordinación óptima de los músculos respiratorios, principalmente el diafragma, músculos de la espalda, abdomen, cuello, garganta, pecho y músculos intercostales (Labiano, 2002).

2.3.2 Recursos psicológicos.

Los recursos "psicológicos" se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción, y a los repertorios conductuales del individuo.

Según Zúñiga e Islas (2000), los recursos psicológicos de afrontamiento que utiliza un enfermo crónico-degenerativo son los siguientes:

- 1) nivel cognitivo: la concepción del paciente de la enfermedad (valoración del riesgo, concepto de la naturaleza de la enfermedad, sus causas y consecuencias, el pronóstico subjetivo y la posibilidad de influenciar su curso, las creencias acerca del tratamiento disponible y la habilidad personal para realizar los procedimientos de cuidado personal).

Meichenbaum (1987 citado en Valentín, 2005), menciona que un buen manejo de las cogniciones, ayuda a los individuos a manipular adecuadamente alguna situación estresante. Este autor señala las siguientes estrategias cognitivas:

- Ψ Reorientación de la atención: que se refiere al uso de algún estímulo distractor que nos permite “olvidarnos” del problema que causa el estrés (por ejemplo, leer, ver la televisión, tocar el piano, etc.). Estas distracciones también pueden ser logradas por la persona si se concentra en imágenes agradables para él (por ejemplo, imaginar que está en la playa, con personas que aprecia).
- Ψ Reinterpretación cognitiva: en lugar de considerarse a sí mismo indefenso y sin control, el individuo aprende a “prepararse” para el estrés, enfrentarse a él, y manejarlo adecuadamente.
- Ψ Reestructuración Cognitiva: esta técnica supone que el individuo considere los aspectos positivos de la situación estresante, por lo que tiene que identificar los enunciados negativos específicos que se emiten en situaciones de estrés, registrarlos por escrito y por último reemplazarlos por pensamientos positivos con ayuda de un terapeuta profesional
- Ψ 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.

2) nivel afectivo: la reacción emocional del paciente hacia la enfermedad y sus consecuencias vistas de forma positiva. Con respecto a esto Labiano (2002), menciona que las reacciones afectivas que corresponden al enfermo una vez que se ha enterado de su enfermedad, son la ansiedad, la cólera o inclusive tristeza , sin embargo, con el paso del tiempo y el empleo de tendencias de acción cognitivo-conductuales, las emociones con respecto a la enfermedad se tornan positivas.

3) nivel conductual: incluye el cuidado personal, la forma de comunicación con el personal médico, el grado de actividad física, el cambio de hábitos y estilos de vida. Estos modos y estilos de vida, se relacionan estrechamente con la esfera

conductual y motivacional del diabético, y por lo tanto alude a la forma personal en que este individuo se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (Espinosa, 2004)

2.3.3 Recursos estructurales.

Los recursos "estructurales" se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social, y a los subsistemas y redes que éste incluye. Tienen que ver igualmente con los compromisos vitales personales, y fundamentalmente consisten en la forma personal de interpretar un papel social (obligaciones de rol y medida en la que el sujeto se considera comprometido con ellas) (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

A su vez, la representación de los papeles sociales está determinada por el diseño social específico de tales roles. Sin la gama de papeles sociales en el repertorio del sistema social, la persona carecería de una serie importante de elementos para afrontar acontecimientos estresantes.

2.3.4 Recursos culturales.

Los recursos "culturales" tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud, y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura del individuo. La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerado como organismo biológico, son también estados valorados y reconocidos socialmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia.

Lazarus y Folkman (1986), señalan muy acertadamente que los compromisos y las creencias (que son adquiridas por la interacción socio-cultural que tiene el individuo con su ambiente), afectan la evaluación que tiene éste de la situación potencialmente estresante, pues son las creencias las que determinan de alguna manera la forma en que se resolverá el problema. Este efecto se observa con facilidad cuando se produce una pérdida súbita de creencias o bien una conversión a un sistema de creencias diferente.

2.3.5 Recursos sociales.

Por su parte, los recursos "sociales" se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Los recursos sociales incluyen también las *características de los sistemas de apoyo social*, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés. Incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo, y la red de apoyo social disponible para el sujeto.

Precisamente el apoyo social parece uno de los elementos más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular. Los recursos sociales representan, pues, la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional (Sandín, 2003).

Para concluir este capítulo, quisiera señalar dos aspectos importantes:

- Los recursos de afrontamiento mencionados se pueden utilizar por separado o combinados. Además esas categorías constituyen un repertorio potencial de respuestas de afrontamiento, de las que cualquiera o todas ellas, pueden ser usadas por un individuo para solucionar algún problema ya sea con ayuda de la familia o personal experto calificado, como psicólogos o médicos.
- El apoyo social es conceptualizado como una variable que puede o no facilitar el afrontamiento, por lo que no debe de ser confundido con algún recurso de afrontamiento, pues se debe recordar que éste último hace referencia a los esfuerzos realizados por el individuo para adaptarse a una nueva demanda, y el apoyo social es el soporte brindado por los otros individuos que componen el entorno.

Con respecto a este último aspecto se habla en el siguiente capítulo, para que de esta forma, el lector tenga un mayor panorama de las funciones e implicaciones que tiene el apoyo social en el manejo del estrés.

CAPÍTULO 3: APOYO SOCIAL Y DIABETES.

3.1 Definición de Apoyo Social.

El apoyo social es un concepto relativamente nuevo relacionado con el estrés y la salud. El apoyo social tiene un papel fundamental, pues diversas investigaciones han señalado que éste puede amortiguar el impacto del estrés, favoreciendo la salud del individuo. En este capítulo se describen algunos antecedentes históricos en cuanto a estudios sobre apoyo social, se mencionan algunas definiciones, teorías, tipos, y se describe la importancia del apoyo social y la adherencia terapéutica en algunos aspectos de la vida de las personas diabética.

Antecedentes Históricos. Los primeros en hablar de la importancia del apoyo afectivo entre seres humanos fueron los griegos. Aristóteles 350 AC. Creía que la amistad era una necesidad humana básica como el vestir o el comer, es decir, que necesitamos amar a otros humanos y ser amados por ellos.

Posteriormente en el año 1599, Paracelso, quién fue un importante médico escribió en una de sus obras lo siguiente: “el amor es la mejor cura posible de la mayoría de las enfermedades” (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Después de varios años, fue como se comenzó a estudiar la relación entre apoyo social y la salud más formalmente. La primera evidencia científica de dicho estudio fue la de Durkheim (1877-1917), quien en su estudio sobre el suicidio reportó que tanto la religión como el matrimonio servían como protectores para evitar dicho fenómeno (op.cit).

Ya para los años 30 y principios de los 40 del siglo XX se descubrió la importancia de los factores socioculturales, sobre las patologías mentales (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).

Debido a que el concepto de apoyo social es demasiado amplio y abarca diversos aspectos, existe un gran número de definiciones de dicho concepto que tratan de explicarlo.

A continuación mencionaré algunas definiciones que se le han otorgado al apoyo social:

“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, citado en Gómez Pérez y Vila 2001).

Para Myers (1999; citado en Valentín 2005) “El apoyo social es: sentirse amado, reafirmado y alentado por los amigos íntimos y por la familia, así potencia la felicidad y la salud” (pág. 53).

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).

Como se puede observar el apoyo social puede ser conceptualizado desde tres perspectivas diferentes:

Estructuralmente	Funcionalmente	Por Metaestructo
Por la interconexión de los individuos y los vínculos sociales (número de vínculos, tamaño de la red social).	Por la evaluación que hace el individuo acerca de si sus relaciones son útiles o no.	Que hace referencia al apoyo social como la unión de los recursos de la red de apoyo, los actos de apoyo y la evaluación subjetiva del apoyo

Tabla 3 Conceptualizaciones del apoyo social (Gómez, Pérez y Vila, 2001)

Es por eso que dar una conceptualización certera de lo que es apoyo social es imposible, pues de ella depende la perspectiva que emplee el autor que intente utilizar éste término.

Con respecto a las características que posee el apoyo social, House y Kanh (1983, cit. en Gómez, Pérez y Vila, 2001) distinguen las siguientes:

Funcionales	Estructurales
<p>Estas características, obedecen primordialmente al tipo de apoyo que recibe el enfermo, los cuales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cercanía emocional e intimidad (apoyo emocional). - Provisión de bienes y servicios (apoyo instrumental o tangible). - Proporcionar consejo o información con respecto a la enfermedad, tratamiento u otro tema (apoyo informativo). - Compartir actividades recreativas y culturales (socialización). - Servir como fuente de información para que el enfermo se evalúe así mismo ya sea de forma explícita o implícita (Apoyo evaluativo). 	<p>Se refieren a los vínculos existentes entre las personas que proveen apoyo a una persona en particular, e implica dimensiones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El tamaño de la red (el número de personas que proveen apoyo a una determinada persona). - La densidad (grado de interrelación entre las personas que proporcionan el apoyo). - La fortaleza (frecuencia de contactos con los proveedores de apoyo) y -La dispersión geográfica (localización geográfica de las personas respecto a la persona implicada).

Tabla 4 Características funcionales y estructurales del apoyo social House y Kanh (1983 cit. en Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Asimismo, es importante mencionar que el apoyo social también se ha diferenciado o concebido a partir de su consideración formal e informal, señalando que dentro del primero pueden identificarse como ejemplo los servicios de asistencia social y la proporcionada por los profesionales, y dentro del segundo, se incluye a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

También, resulta conveniente señalar que algunos autores establecen la diferencia entre apoyo objetivo (el real o recibido), y el apoyo subjetivo o el percibido por el individuo, pues algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas aunque no reciben apoyo real (Barra, 2004; Payneandd y Jones 1987; Rodríguez, Pastor y López, 1993).

Como se puede notar entonces, el apoyo social está en virtud de la percepción del que lo recibe, por lo que las consecuencias de éste pueden ser positivas o negativas a la salud del individuo, pero, es importante aclarar que predominan las positivas.

A pesar de su diversidad, los instrumentos para medir el apoyo social se agrupan en tres categorías según Valentín (2005):

1) Medidas de la red:

“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.

“Entrevista de Relaciones Sociales”, elaborada por Kahn y Antonucci (1980) y ampliada por Antonucci (1986) que 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.

2) Medidas del apoyo recibido:

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.

Las “Escala de Conducta y de Valoración del Apoyo Social”, que son dos escalas complementarias, que 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.

3) Medidas de apoyo percibido:

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.

Otros instrumentos que se han elaborado para medir el apoyo social son 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) (Valentín, 2005),

3.2 Teorías del apoyo social.

Existen diferentes teorías acerca del apoyo social, entre las que figuran las mencionadas por Rowland (1989 cit. Cabrera y Olvera, 2005) y que se describen a continuación:

Teoría de la atribución. La cual postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a la importancia relativa, asignada a factores internos (persona) o externos (medio ambiente). Cuando un individuo asigna la culpa al origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

Teoría de afrontamiento. La cual considera que el apoyo social puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo así el uso de la estrategia para la solución de los problemas, a la vez que proporciona ayuda tangible o emocional.

Teoría del intercambio social. Establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambios en las relaciones.

Teoría de la comparación social. La cual postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a facilitar información sobre sus características, opiniones conductas y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social como evaluación

tiene por objeto el exaltar e valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social.

Sin embargo, el interés por el apoyo social, se ha incrementado de tal forma que en la actualidad ya se cuenta con otro conjunto teorías que explican en que consiste este término. Dentro de estas teorías encontramos las siguientes:

Teoría de los efectos directos del apoyo social.

Esta teoría, considera que 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 (Berkman y Syne, 1979; House, Robbins y Metzner, 1982 citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Teoría del efecto reductor directo del apoyo social.

En ésta teoría se cree que 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 (Payne y Jones, 1987 citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Teoría del efecto amortiguador del apoyo social.

Se tiene la creencia de que el apoyo social amortigua al impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas, por lo tanto, no influye directamente en la salud ni en los estresores, sino que modula la relación entre ambos (Barra, 2004; Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Con respecto a ésta teoría Barrera (1988 citado en Gómez, Pérez y Vila, 2001), reformula y menciona que:

- A. El apoyo social no disminuye los niveles de estrés , al menos de forma significativas, cuando estos son extremadamente altos y

- B. En los individuos con bajo apoyo social, el hecho de que aumenten los niveles de estrés, no significa que se incrementen en la misma medida los niveles de apoyo social.

En concordancia con lo anterior, se puede decir que el apoyo social no es directamente proporcional a los niveles de estrés ni viceversa, por lo que la acción directa entre cada uno de estos factores, puede variar dependiendo de las situaciones ambientales en las que se encuentre inmerso el individuo, las variables orgánicas que componen a ese individuo, sus recursos de afrontamiento y por supuesto el apoyo social, que como se explicó antes puede variar en intensidad, cantidad y percepción.

Es por eso que en este trabajo se considera mayormente funcional el modelo de amortiguación, por lo que se cree que el apoyo social es un soporte amortiguador que posibilita la adaptación del enfermo con diabetes.

3.3 Afrontamiento, Apoyo Social y Diabetes.

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.

Así, el apoyo social es necesario para prevenir y afrontar 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, 1986).

La amplitud y consistencia de la investigación sobre los efectos del apoyo social en el mantenimiento de la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años. Estos estudios han puesto de manifiesto que el apoyo social no solo puede actuar como soporte para mantener la salud, sino que también puede prevenir un desajuste psicológico en momentos de estrés ante determinados acontecimientos de la vida.

En este sentido con el apoyo de los .otros., el enfermo es capaz de mejorar, afrontar, preservar y enfrentarse con la enfermedad e incluso con la propia muerte. Para el enfermo, el apoyo social establece la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder, entre querer vivir y desear vivir (Payneandd y Jones, 1987).

Este apoyo social puede ayudar a los sujetos a prevenir el estrés pues atenúa las experiencias dañinas o amenazantes y proporciona recursos para su afrontamiento positivo una vez desencadenadas las situaciones.

En cuanto a la influencia del apoyo social en las estrategias de afrontamiento durante la enfermedad se ha encontrado que en muchos casos los pacientes son provistos de una variedad de conductas de apoyo de otros dirigidas a facilitar su adaptación, para ayudar a mantener su identidad, integración social y su autoestima durante una situación alterada de la vida (Cabrera y Olvera, 2005).

De manera general y se puede decir que el apoyo social representa un mecanismo importante de afrontamiento hacia la enfermedad y que por lo tanto puede contribuir a la asunción del rol de enfermo con lo que el impacto hacia la enfermedad se ve disminuido, con ello, se asume de manera resumida que el afrontamiento y el apoyo social se relacionan directamente en la forma cómo se responde a la enfermedad.

Indudablemente, conocer el impacto que puede tener el apoyo social en la enfermedad y su relación con el afrontamiento hacia la misma, en poblaciones

específicas (como los diabéticos) ayudaría en el campo de la psicología de la salud a diseñar y proponer estrategias muy particulares que permitan a tales poblaciones mejorar su calidad de vida ante una situación de enfermedad por un lado, y por otro, a diseñar estrategias de promoción de la salud enfocadas en el apoyo social.

3.4 La importancia del apoyo social en la adherencia terapéutica del enfermo diabético.

Uno de los aspectos relevantes en cuanto al tema de la diabetes, es que la mayoría de las conductas de salud son inestables a través del tiempo, es decir, no se mantienen constantes sino que varían continuamente. 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, etc.), en pacientes con diabetes.

A continuación y para dar un panorama mayor al lector de lo que es la adherencia terapéutica, incluiré algunas definiciones de éste término:

“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 cit. Martín y Grau, 2004), 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.89).

Se puede decir entonces que la adherencia terapéutica hace referencia al empleo adecuado de las medidas preventivas y correctivas de alguna enfermedad en específico.

A través de los años, la adherencia a los tratamientos en personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas ha recibido considerable atención, pues se ha observado que menos de la mitad de los enfermos se someten a su tratamiento médico. Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada (Martín y Grau, 2004).

Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo acatamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores.

En la actualidad, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como en el sida o la depresión, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (OMS, 2003).

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor, pues el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994 cit. en Martín y Grau, 2004).

Se denota entonces que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano (o, más bien, un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

Con respecto a esto Amigó, Fernández y Pérez (1998) dicen lo siguiente “La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables” (pág. 56).

En el caso del tratamiento a pacientes diabéticos, las reglas de adherencia pueden variar, sin embargo, las más recomendadas por los especialistas en salud son: la dieta, el suministro adecuado de medicamentos como la insulina, realizar actividades físicas con regularidad, controlar los niveles de estrés y por consiguiente, los niveles de glucosa en sangre.

No menos importante resulta el hecho de que la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del profesional de la salud que le asista, donde se cuenta por supuesto el psicólogo.

De éstos profesionales de la salud se espera que sean claros al ofrecer las instrucciones al enfermo, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario.

No sólo los profesionales pueden brindar el soporte para que el paciente se adhiera a su tratamiento, sino que, también el apoyo brindado por familiares, amigos, y la comunidad en general. Se dice esto porque se cree que el apoyo social brindado por las personas que rodean al enfermo, ya sea familiares o amigos, promueve conductas adaptativas en la salud como por ejemplo; estimular la búsqueda de atención médica, hacer ejercicio, llevar una dieta saludable y quizás lo más importante, proporciona al enfermo un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés.

El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que le hace sentir mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales (Barra. 2004).

Es por eso que se concluye este capítulo, diciendo lo siguiente; el apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación del enfermo crónico, pues posibilita una mayor adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES Y PROPUESTA:

A lo largo de este trabajo, se intentó resaltar la importancia del apoyo social, pues como ya se ha dicho, éste puede promover conductas adaptativas de salud y proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés.

En el caso del tratamiento del diabético se debe incluir un entrenamiento especial basado en el apoyo de los otros (en donde pueden y deben ser incluidos sus similares), de esta manera se disminuye el número e intensidad de las complicaciones, el número de días de hospitalización, los gastos por medicación, entre otras cosas, además de que posibilita un mayor ajuste a las recomendaciones de los expertos en salud.

Dentro de este trabajo, también se debe tomar en cuenta la intervención psicológica, pues la forma en que esta disciplina conceptualiza el proceso salud-enfermedad, es distinto al modelo médico tradicional, se dice esto porque, la psicología como disciplina, propone que se considere al aprendizaje como unidad fundamental para que la persona diabética pueda realizar cambios con prontitud, los cuales incluyen nuevos hábitos, nuevas conductas y nuevas formas de percibir la enfermedad.

Así, es como se llega a la conclusión de que es muy importante fomentar el afrontamiento (con el uso de recursos para disminuir el estrés), el apoyo social y la adherencia terapéutica, (ésta última, entendida como el cumplimiento del régimen de tratamiento) a partir de los nuevos hábitos y estilos de vida que son aprendidos a lo largo del proceso salud- enfermedad.

Me atrevo a decir que es muy importante fomentar el afrontamiento, el apoyo social y la adherencia terapéutica, porque a lo largo de esta investigación me pude percatar de su íntima relación en el campo de la salud, además de que suscita cambios en los individuos con diabetes en todos los niveles, por ejemplo:

1. El enfermo aprende a identificar sus síntomas y acepta la enfermedad.
2. Acepta el tratamiento con mayor facilidad y admite con mayor destreza la complejidad del tratamiento.
3. El enfermo aprende a mantener una buena relación con el profesional de la salud que le atiende, en donde no sólo figuran los médicos sino también los psicólogos.
4. El paciente y/o la familia aprenden a afrontar los sentimientos de disgusto asociados a la enfermedad en conjunto.
5. El enfermo utiliza todos sus esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales para alcanzar un equilibrio personal.
6. El enfermo al sentirse apoyado por otros, mantiene y mejora las relaciones con familia y amigos.
7. El apoyo social, el afrontamiento adecuado y la adherencia a un tratamiento, prepara al enfermo para un futuro incierto.

Concluyo entonces diciendo que dentro del marco de enfermedad, el apoyo social, incluyendo los tipos en los que se clasifica, considerando la estructura y composición de las redes sociales, es un factor que puede amortiguar el manejo de la enfermedad con la ayuda no solo de familiares y amigos sino también del profesional en psicología.

Este profesional de la salud, tiene la obligación de orientar, capacitar y habilitar en el paciente nuevas formas y estilos de vida que le permitirán vivir mejor, y aunque esta relación se desarrolla en un marco de referencia concreto y particular, resulta importante en el sentido de que el individuo enfermo encuentra la manera de afrontar su enfermedad y sus implicaciones gracias a la buena orientación del equipo profesional que le rodea.

Haciendo hincapié en la importancia del trabajo multidisciplinario para el manejo, atención y por supuesto prevención de la diabetes mellitus II como enfermedad crónica, me gustaría finalizar con una propuesta que puede ser altamente

funcional. Esta propuesta surge como inquietud y preocupación ante dicha enfermedad, y creo que se puede llevar a cabo en el plano de lo real en un futuro.

Antes de iniciar con mi propuesta, quisiera mencionar algunas desventajas encontradas en la mayoría de las instancias médicas gubernamentales en México (IMSS e ISSSTE), y que se conforman como factores que pueden propiciar el agravamiento o surgimiento de enfermedades como la diabetes:

- ✓ Falta de voluntad y compromiso de las entidades federativas y locales para mejorar la salud pública.
- ✓ Deficientes condiciones en su infraestructura.
- ✓ Insuficiencias en el abasto de medicamentos.
- ✓ Falta de calidad y calidez en el servicio.
- ✓ Problemas en el acceso y la cobertura a los servicios de salud (hay un número insuficiente de hospitales y unidades públicas).
- ✓ Carencias en el sistema de información (la población en general carece de la denominada “inteligencia sanitaria”).
- ✓ Poca participación social para la atención y prevención de enfermedades crónicas.
- ✓ Y sobre todo una baja adherencia al tratamiento, causado por el déficit en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y solución de problemas.

Este último punto, es el más importante para la elaboración de mi propuesta, ya que por medio de ella se pretende que los diabéticos, conozcan más acerca de su enfermedad, pero sobre todo realicen los cambios pertinentes y mejoren su calidad de vida con el apoyo y orientación de un grupo multidisciplinario experto, sus familiares y la comunidad en general.

PROPUESTA:

Las personas que padecen una enfermedad crónica (una situación traumática que le obliga a cambiar su forma de vida de manera involuntaria), son candidatas a formar parte de grupos de ayuda, en donde gracias al apoyo y asesoramiento de

los expertos, los participantes aprenden a compartir con otros lo que les ha sucedido y como han podido afrontarlo.

Es por esto que se propone las siguientes directrices para la creación de grupos de apoyo en instancias médicas gubernamentales, que permitan al diabético tener un panorama mayor del padecimiento, y las implicaciones conductuales, emocionales y sociales que ésta representa. Además de fomentar el trabajo en conjunto con familiares, miembros de la comunidad y profesionales de la salud a partir de la existencia de dichos grupos.

Objetivo General:

Articular grupos de apoyo para diabéticos que se reúnan por lo menos una vez por semana, con la asistencia de profesionales de la salud.

Objetivos Específicos:

1. Se utilizarán estrategias de divulgación sobre la importancia de los grupos de apoyo dirigidas a diabéticos y familiares.
2. Que los participantes inscritos en el grupo de apoyo, identifiquen y verbalicen en presencia de los demás miembros y con ayuda del psicólogo, sus problemáticas, emociones (negativas o positivas) y percepciones con respecto a la diabetes mellitus II, de tal forma que se origine un ambiente que favorezca la comunicación y la empatía entre los participantes del grupo.
3. Que los participantes identifiquen los cambios y las nuevas situaciones a las que se tendrán que adaptar.
4. Que los integrantes del grupo sean entrenados con estrategias de afrontamiento, habilidades sociales, solución de problemas y estrategias de autocuidado.

5. Que los integrantes asimilen progresivamente su condición social como enfermos diabéticos, de tal forma que se adhieran a los nuevos hábitos de vida que han aprendido.
6. Promover la ayuda mutua entre los miembros del grupo, es decir, que aprendan a organizarse en conjunto en acciones que lo favorezcan tales como actividades lúdicas o de compromiso social.
7. Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua (sin la supervisión directa de un profesional), a partir del trabajo en conjunto realizado en el grupo de apoyo.

Participantes:

Esta propuesta esta dirigida a:

- Poblaciones DIANA (personas diabéticas y sus familias).

Lugar:

Aunque aún no se tiene un lugar específico para llevar a cabo la propuesta, es deseable que se pueda realizar en instituciones médicas gubernamentales como el ISSSTE o el IMSS, ya que como se mencionó en un inicio, son los lugares de atención médica con mayores deficiencias y por supuesto de mayor demanda en nuestro país.

Duración: Es difícil señalar con certeza el tiempo que permanecerá unido el grupo, ya que la duración depende de las características y necesidades de la población.

Procedimiento:

FASE I:

En esta fase se espera que el mayor número de personas con el padecimiento y sus familiares, se interesen en participar en el grupo de apoyo. Para lograrlo se

pretende utilizar técnicas de divulgación como lo son, carteles, folletos, y trípticos, además de que se solicitará el apoyo de los médicos familiares y las enfermeras.

Aunque se ha visto que este tipo de recursos no han sido suficientes,¹ se espera dar un giro en la elaboración de este material, ya que no sólo se destacarán las sugerencias médicas que ya los pacientes conocen y no llevan a la práctica, sino que también se subrayará el papel del psicólogo como especialista en la modificación conductual, de tal suerte que los asistentes al grupo, no sólo conozcan acerca de la enfermedad, sino que también realicen los cambios necesarios.

FASE II:

En esta segunda fase, el grupo tiene la función de acoger a los nuevos miembros, con el fin de establecer una relación dinámica de comunicación entre ellos, para reforzar la integración, de tal forma que puedan identificar su problemática en los propios compañeros de grupo.

Esto es importante, porque así se rompe el aislamiento que se produce en el individuo cuando surge una enfermedad crónica, y se compensa en cierta medida el sentimiento de vulnerabilidad al comenzar a estructurar la pertenencia al grupo. Se encuentra en el grupo un espacio donde compartir los sentimientos y se van modificando los pensamientos irracionales como: "porqué a mí" y "solo me pasa a mí" por otros más racionales y funcionales.

FASE III:

Esta tercera fase, es la encargada de preparar a los participantes del grupo para aceptar las limitaciones que tienen por padecer diabetes y los nuevos hábitos de vida que tienen que realizar para no tener complicaciones y recaídas. Para ello se utilizará toda la información reciente con respecto a temas de interés y sobre todo

¹ Ejemplo de ésta situación es el denominado PREVENIMSS, que desde su creación, se ha encargado de dar información a los derechohabientes con respecto al cuidado de su salud, por medio de cartillas informativas divididas por género y edad, sin embargo, hasta ahora los avances en prevención y atención han sido mínimos.

en esta fase se proporcionará el entrenamiento para que puedan llevar esos cambios a la práctica diaria.

Simultáneamente el grupo cumple la función de descubrir y posibilitar recursos, habilidades e instrumentos, favoreciendo estrategias de afrontamiento, de tal manera que el propio grupo asuma de forma puntual la función social para cada miembro y les ayude a resituarse en el ámbito afectivo y emocional en su mundo familiar, social y laboral.

Algunas de las temáticas que se pretenden habilitar en el grupo de apoyo son las siguientes:

SESIÓN GRUPAL	TEMA GENERAL	TEMAS PARTICULARES
1	Generalidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la diabetes? 2. Causas de la diabetes. 3. Tipos de diabetes 4. Conjunto de características de diabetes tipo I y II.
2	Alimentación del enfermo diabético	<ol style="list-style-type: none"> 1. Características de la alimentación en diabéticos. 2. Recomendaciones nutricionales. 3. Bebidas para el diabético. 4. Confección de dietas individualizadas (con ayuda de un experto).
3	Higiene general corporal del enfermo diabético.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Importancia de mantener higiene en el cuerpo. 2. Características de los instrumentos de limpieza e higiene para el cuidado del enfermo.

		3. Zonas corporales importantes de lavado en el diabético.
4	Higiene dento-bucal del diabético.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas de cepillado en el diabético. 2. Características del cepillo y colutorios (enjuagues bucales). 3. Importancia del control odontológico (a cargo de un experto).
5	Higiene y cuidado en los pies del diabético.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de los pies. 2. Secado de los pies. 3. Hidratación de los pies. 4. Cuidado de las uñas. 5. Tipo de calzado para diabéticos. 6. Control de lesiones en los pies (a cargo de un experto).
6	Suministro e importancia de medicamentos para diabéticos (insulina).	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la insulina? 2. ¿Con que frecuencia se debe aplicar la insulina? 3. Pasos prácticos para suministrar insulina a diabéticos. 4. Otros medicamentos de uso frecuente en pacientes diabéticos (a cargo de un experto).
7	La actividad física como fuente de energía ante la diabetes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La importancia del ejercicio físico para prevenir enfermedades o recaídas en pacientes diabéticos. 2. Recomendaciones para ejercitarse.

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Ejercicios para mantener una respiración adecuada. 4. Diseño de una rutina diaria de ejercicio (ésta rutina es individual y su diseño estará a cargo de un experto).
8 y 9	Estrategias psicológicas para mantener una mejor calidad de vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepción de la enfermedad (valoración de los riesgos y cambios). 2. Autoanálisis de las creencias con respecto a las posibilidades de tratamiento de la enfermedad. 3. Importancia de mantenerse en equilibrio con el ambiente (manejo del estrés y otros factores que puedan interferir con la calidad de vida del paciente). 4. Uso de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales, para reducir los niveles de estrés (a cargo de un experto). 5. Diseño de estrategias individualizadas en virtud de las problemáticas personales (solución de problemas).

		6. Entrenamiento básico en habilidades sociales (a cargo de un experto).
10	El apoyo social y el paciente con diabetes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es el apoyo social? 2. La relevancia que tiene la familia cuando se padece diabetes. 3. Tácticas para fomentar la comunicación y la armonía en el hogar pese a la enfermedad. 4. Cómo compartir nuevos hábitos en familia.
11	Adherencia Terapéutica	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la adherencia terapéutica? 2. ¿Por qué es importante adherirse al tratamiento? 3. Del conocimiento a la práctica: como adherirme al tratamiento por un largo tiempo.

FASE IV:

En esta etapa grupal, el objetivo prioritario es lograr asimilación de la nueva identidad social, o dicho de otra manera, la creación por parte del grupo, de un espacio en donde el individuo acepte y se comporte en virtud de sus nuevas habilidades, además de que tendrá la posibilidad de crearse nuevos objetivos sociales que lo beneficien a él y a otras personas con las misma problemática aunque estos no formen parte del grupo.

FASE V:

En esta es la última fase, se pretende que el grupo de apoyo adquiera la madurez necesaria para que sea capaz de auto gestionarse y organizarse alrededor de tareas que favorezcan a todo el colectivo, ya sean estas puramente lúdicas o de compromiso social. En este punto se espera que el profesional no interceda acompañando al grupo pues esto significará la consolidación del grupo.

FASE VI:

Una vez que se ha consolidado el grupo de apoyo y que han aprendido a ejercer los cambios necesarios para mejorar su vida, se espera que compartan sus conocimientos y experiencias con otras personas que no forman parte del mismo grupo, es decir, que ellos sean fuente de ejemplo para la comunidad y a partir de su experiencia formen grupos de ayuda mutua, en donde se prescinde del apoyo del profesional (aunque puede asesorar en algunas ocasiones a los integrantes del grupo). Esto permitirá que mayor número de personas se beneficien de los conocimientos con respecto a este padecimiento.

Esta propuesta se trabajo de tal forma que pueda ser aplicada y mejorada con apoyo de otros profesionales de la salud, y se espera ponerla en práctica a futuro en una residencia en medicina conductual.

Se termina entonces éste trabajo diciendo lo siguiente, cuando una persona carece de apoyo social o ayuda para sobrevivir de forma adecuada experimenta un déficit afectivo, el cual sin lugar a dudas se traduce en diferentes formas de carencias a nivel biológico, psicológico y social; por lo que es momento de tomar cartas en el asunto de forma inmediata, pues sólo de ello dependerá el adecuado funcionamiento psicológico del enfermo, de su familia y de su entorno.

REFERENCIAS:

- Álvarez M., (1998). *Estrés. Un enfoque Neuroendocrino*. Colombia: Editorial científico-técnica. pp. 29-45.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Anguiano, S. A. (2003). *Relación entre comportamientos diarios, estrategias de afrontamiento y dermatitis. Evaluación e intervención psicológica*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Granada, España
- Arroyo, M., Bonilla, M. y Trejo, L. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Revista Neurológica, Neurocirugía y Psiquiatría*. 38. (2). 63-78.
- Barquera, S. (2003) Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial. *Revista Salud Pública de México*.45, (5), 413-415.
- Barra, E. (2004). Apoyo Social, estrés y salud. *Revista de Psicología y Salud*. 14, (2). 237-243.
- Barraza, M. A., (2006). Un Modelo Conceptual Para El Estudio Del Estrés Académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 9, (3).
- Cabrera, W. A. y Olvera. M. (2005). *Apoyo social y su relación con las formas de afrontamiento hacia la enfermedad*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. De México., México.
- Dirección Nacional de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2004. México: Secretaría de Salud, DGE; (2004).
- Domínguez, B. y Olvera, Y. (2002). Inhibición Emocional, Estrés y Salud. su impacto en los Cambios Psicológicos, Emocionales e Inmunológicos *Revista de Psicología y Salud*. 12, (1).

- Espinosa, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*. 41, (3).
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 1, 5-38.
- Labiano, M. (2002). Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Psicología y Salud*. 2. (4) 4-25.
- Lazcano, M. y Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Psicología y Salud*. 7, (1) 77-84.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao. España. Desclée de Brower.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud*. 14. (3), 89-99.
- Méndez, F., y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*. 1, (2). 189-198.
- Payneandd, R. y Jones, G. (1987). Measurement and Methodological Issues in Social Support. En: Kasal, S. y Cooper, C. (dir.), *Research Methods in Stress and Health Psychology*. (46-65). USA.
- Reynoso, L., Seligson, I. (2000). Salud, Psicología y Psicología de la Salud. *Revista de Psicología y Ciencia Social*. 4, (3). 47-57.
- Rodríguez, J., Pastor, A. y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España Y Portugal*. 5. 349-372.

- Samaniego R, y Álvarez J, (2006). Control de la enfermedad con diabetes Mellitus tipo 2: una muestra regiomontana. *Revista de psicología y salud*. 16, (1). 63-70.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3, (1). 141-157.
- Schwartzmann, L., (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. Revista Electrónica Scielo En Red. 3, (9).
- Surwit, R. (2002). Diabetes tipo II y estrés. *Revista Médica Diabetes Voice*. 47, (4).
- Valadez, A., Landa, P. (1998). Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés enfermedad. *Revista de Psicología y Salud*. 2, (3).
- Valentín, V. A. (2005). *Los efectos del apoyo social en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos*. Reporte de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala: México.
- Viniegra, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 44, (1). 47-59.
- Zúñiga, S., Islas, S. (2000). Educación del paciente diabético: Un problema ancestral. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (3) 187-191.