



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Ciencias de la Salud
CAMPO DISCIPLINARIO: Salud Mental Pública**

**ESTILOS DE APEGO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**PRESENTA:
RINA MARÍA ZELAYA VÁSQUEZ**

**TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

MÉXICO, D. F., OCTUBRE DEL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Ciencias de la Salud
CAMPO DISCIPLINARIO: Salud Mental Pública**

**ESTILOS DE APEGO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

ALUMNA

RINA MARÍA ZELAYA VÁSQUEZ

TUTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

COORDINADORA DE LA SEDE:

DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

MÉXICO, D. F., OCTUBRE DEL 2013

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	8
LA DIABETES MELLITUS Y SUS CONSECUENCIAS	8
FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	9
EPIDEMIOLOGÍA	9
CONSECUENCIAS DE LA DIABETES MELLITUS 2	10
TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS 2 Y CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD	11
FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LA DIABETES MELLITUS	14
TEORÍA DEL APEGO	17
ESTILOS DE APEGO EN EL ADULTO	18
ESTILOS DE APEGO E IMPLICACIONES PARA LA SALUD	21
ESTILOS DE APEGO Y DIABETES MELLITUS	23
OBJETIVOS	28
HIPÓTESIS	29
MATERIAL Y MÉTODOS	29
PACIENTES	29
VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	30
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	32
PROCEDIMIENTO	37
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	46
LIMITACIONES	53
CONCLUSIÓN	54
ANEXOS	56
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
II. CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	58
III. CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y CONOCIMIENTO DE LA DIABETES	59
IV. CUESTIONARIO SOBRE RELACIONES	61
V. CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE – 9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE, PHQ-9)	62
VI. ESCALA DE APOYO SOCIAL EN DIABETES	63
BIBLIOGRAFÍA	64

AGRADECIMIENTOS

A mi maestra y tutora, la Dra. Carmen Lara por su guía y consejos constantes. Un modelo a seguir.

A la Dra. Clementina Rebollo por su ayuda para la ejecución de este proyecto.

A todos mis maestros por su enseñanza y esfuerzo en mejorar la salud mental de México.

A mis padres por apoyarme y enorgullecerme en todo momento.

A mi querido amigo Hamid, quien ha hecho este camino mucho más fácil y me acompaña hasta “el otro lado del mundo”.

A mis amigos y amigas por estar en las buenas y en las malas.

A Pedro Sánchez Neri por todo lo que me da y significa para mi.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus 2 es la primera causa de mortalidad en México. Para asegurar un buen control metabólico, el paciente debe seguir un tratamiento consistente en dieta, ejercicio, consultas médicas y tomar medicamentos. Es muy probable que ciertos “estilos de apego” (según la Teoría del Apego) tengan influencia en estos cambios conductuales.

OBJETIVO: Determinar si los estilos de apego tienen influencia en el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos controlando la presencia de depresión, el nivel de apoyo social y el grado de conocimiento de la enfermedad

METODOLOGÍA: Estudio transversal descriptivo correlacional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en quienes se valoró el grado de cumplimiento terapéutico con el Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición (Perez, 1997) y el estilo de apego con el Cuestionario de Relaciones (Bartholomew & Horowitz, 1991), ajustando por otras variables (depresión, nivel de apoyo social y grado de conocimiento de la enfermedad). Se hizo un análisis descriptivo y un modelo de regresión lineal múltiple para ver el peso de cada variable en el grado de cumplimiento terapéutico.

RESULTADOS: Se entrevistaron 211 sujetos diabéticos quienes aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se encontró una edad promedio de 54 años, con una media de 8.6 años de escolaridad. El tiempo desde el diagnóstico de diabetes fue de 10 años en promedio y el 76% recibe tratamiento con dieta, ejercicio y medicamentos orales. El 60% tuvo buen cumplimiento al tratamiento, pero sólo el 34% cumplía con el ejercicio físico. El 54% tuvo síntomas depresivos de alguna intensidad. En el análisis bivariado el cumplimiento terapéutico se relacionó con el apego temeroso, los síntomas depresivos, el conocimiento de la enfermedad y el apoyo social, mientras que los estilos de apego inseguros se relacionaron con los síntomas depresivos y con baja escolaridad (preocupado y temeroso). El modelo multivariado fue significativo ($F(6,204)=6.11$, $p > F < 0.001$, R^2 ajustada=0.13) y las variables

predictoras que mantuvieron significancia fueron el conocimiento de la enfermedad ($p < 0.001$), la depresión ($p = 0.031$) y el apoyo social ($p = 0.029$).

CONCLUSIONES. No se comprobó una relación entre el estilo de apego y el cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el análisis multivariado, por lo que es necesario profundizar la investigación sobre la relación entre estos dos fenómenos y sobre la medición cuantitativa del estilo de apego en México. Se mostró que un buen conocimiento sobre la enfermedad y un alto grado de apoyo social percibido mejora el cumplimiento al tratamiento, mientras que los síntomas depresivos lo empeora. Es importante reforzar y ampliar la cobertura de los programas de educación al paciente diabético, trabajar en la detección y tratamiento oportuno de la depresión y promover las relaciones sociales y programas de apoyo social para pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Al mejorar el cumplimiento terapéutico de la diabetes mejorará el control metabólico y el pronóstico a largo plazo de los pacientes, reduciendo la carga de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus, cumplimiento terapéutico, estilos de apego, depresión

Índice de Tablas

Cuadro 1. Estilos de apego del adulto

Cuadro 2. Definición y Operacionalización de las variables de estudio

Cuadro 3. Características Sociodemográficas

Cuadro 4. Características clínicas de la diabetes mellitus 2

Cuadro 5. Cumplimiento terapéutico de la diabetes mellitus 2

Cuadro 6. Estilos de apego

Cuadro 7. Conocimiento de la enfermedad, depresión y apoyo social

Cuadro 8. Correlación entre cumplimiento terapéutico y sus componentes con los estilos de apego y variables de ajuste.

Cuadro 9. Correlación entre los estilos de apego y variables de ajuste

Cuadro 10. Regresión lineal múltiple entre cumplimiento terapéutico y variables predictoras

Introducción

La Diabetes Mellitus y sus consecuencias

El término “diabetes mellitus” se refiere a un conjunto de enfermedades sistémicas, crónico degenerativas, de carácter heterogéneo, con grados de predisposición hereditaria y participación de diversos factores ambientales que se caracterizan por hiperglucemia crónica debida a la deficiencia en la producción o acción de la insulina (Secretaría de Salud, 2008). La clasificación simplificada de la diabetes mellitus incluye cuatro grandes grupos (American Diabetes Association, 2006):

- Diabetes mellitus tipo 1: debida a una destrucción de las células B del páncreas, generalmente con una ausencia total de insulina
- Diabetes mellitus tipo 2: es un defecto progresivo en la secreción de insulina con una historia previa de resistencia a la insulina
- Diabetes gestacional
- Otros tipos de diabetes: por ejemplo, defectos genéticos en las células B del páncreas, fibrosis quística, diabetes por drogas o fármacos, etc.

La Asociación Americana de Diabetes ha propuesto los siguientes criterios diagnósticos para cualquier tipo de diabetes no gestacional (American Diabetes Association, 2010):

1. Hemoglobina glucosilada $\geq 6.5\%$ por un método validado y certificado en 2 ocasiones, ó
2. Glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl en 2 ocasiones. El ayuno es definido como ausencia de ingesta calórica por más de 8 horas, ó
3. Prueba de tolerancia a la glucosa oral (2hr) ≥ 200 mg/dl en 2 ocasiones. La carga de glucosa debe contener el equivalente a 75 g de glucosa anhidrica disuelta en agua, ó
4. En pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o con una crisis hiperglucémica, la determinación de una glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl.

Fisiopatología y factores de riesgo

En la diabetes mellitus tipo 2 se presentan diversos grados de resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina por el páncreas y un aumento en la producción de glucosa. Los factores fisiopatogénicos fundamentales para la aparición de hiperglucemia son una disminución de la secreción de insulina y una resistencia a la insulina. Debe de existir una predisposición genética pero la manifestación de diabetes depende de diversos factores ambientales que comparten la capacidad de alterar el sistema de homeostasis de la glucosa, siendo los más importantes la obesidad y el sedentarismo. Una disminución en la masa de células beta pancreáticas, ya sea por factores genéticos o citotoxicidad predispone a la intolerancia a la glucosa. Una vez que la glucosa sanguínea sube, aunque sea poco, la respuesta de las células beta se altera afectando la secreción de primera fase de insulina lo que subsecuentemente aumenta aun más los niveles de glucosa sanguínea. La hiperglucemia en conjunto con el exceso de ácidos grasos característicos de la obesidad causan deterioro adicional del funcionamiento de las células beta junto con resistencia periférica a la insulina, ocasionando la hiperglucemia característica de la diabetes (Leahy, 2005).

Los factores de riesgo más reconocidos para la diabetes tipo 2 son tener una historia familiar de diabetes, ser mayor de 45 años, tener intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, una historia de diabetes gestacional, el sobrepeso y obesidad, la obesidad abdominal (circunferencia abdominal), fumar, el grupo étnico, la dislipidemia (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, bajos niveles de colesterol HDL), el sedentarismo, una dieta alta en grasas y baja en fibra, tener residencia urbana y la depresión son (Collins, Mallett, Omar, & Yu, 2011; Secretaría de Salud, 2008).

Epidemiología

La prevalencia de diabetes para todos los grupos etarios alrededor del mundo se estimó en 2.8% en el 2000 y se estima será de 4.4% en el 2030. El número total de personas con diabetes se proyecta que aumente de 171 millones en el 2000 a 366 millones en el 2030. La prevalencia

de diabetes es mayor en hombres que en mujeres, pero existen más mujeres que padecen diabetes que hombres en el mundo. El cambio demográfico más importante en la prevalencia de diabetes se espera que se deba al aumento en la proporción de personas >65 años. Estos hallazgos indican las proyecciones de la epidemia de diabetes si las tasas de obesidad se mantienen constantes, sin embargo, si la prevalencia de obesidad sigue en aumento, es probable que estos datos subestiman las prevalencias futuras reales de diabetes (Wild, Roglic, Green, & Sicree, 2004).

La prevalencia de la diabetes mellitus en México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 es de 9.5% en la población general pero esta frecuencia es mayor en la población urbana. En México ocupa el primer lugar como causa de mortalidad y cada año se presentan 400000 casos nuevos y las tendencias de morbilidad y mortalidad van en aumento (Diario Oficial de la Federación, Noviembre 2010) (Olaiz et al., 2006).

En México, más de tres cuartos de la población diabética tiene un índice de masa corporal de 29.2 kg/m² (sobrepeso), aproximadamente la mitad padecen hipertensión y el 34% fuman. El 84.6% recibe un tratamiento farmacológico y de ellos, alrededor del 70% toman hipoglucemiantes orales. Únicamente el 21.5% de los individuos siguen la dieta indicada y sólo 5.8% realizan ejercicio físico, lo que indica que un bajísimo porcentaje de pacientes cumplen de forma adecuada con un tratamiento integral que lleve a un buen control metabólico (Aguilar-Salinas et al., 2003).

Consecuencias de la Diabetes Mellitus 2

La progresión de la diabetes mellitus se asocia con el desarrollo de lesiones microvasculares que llevan a desarrollar nefropatía, retinopatía y neuropatía y con lesiones macrovasculares que favorecen el desarrollo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y periférica. En Estados Unidos la nefropatía diabética es la principal causa de insuficiencia renal y diálisis mientras que en México es la primera causa de ceguera, de insuficiencia renal crónica y de amputación no traumática de miembros inferiores además de condicionar muertes

prematuras e implicar costos de atención y hospitalización (Roglic et al., 2005).

Alrededor de 30 a 50% de las personas afectadas con diabetes desconocen su problema por años, lo que condiciona que en sujetos recién diagnosticados la prevalencia de retinopatía diabética sea del 16 al 21%, la nefropatía diabética entre el 12 y el 23%, la neuropatía diabética entre 25 a 40% y que la mayoría ya hayan iniciado un daño macrovascular. Para el 2010 los costos totales aproximados atribuibles a la diabetes en México fueron de USD\$ 778,427,475 (Arredondo & de Icaza, 2009).

Control metabólico

El manejo óptimo de la diabetes incluye una detección oportuna, un diagnóstico temprano y el mantenimiento de un control glucémico ambulatorio, así como una referencia oportuna a servicios especializados cuando sea necesario. Para monitorear el control glucémico se debe solicitar al paciente glucosa plasmática en ayuno, glucosa postprandial (2 horas) y una determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por lo menos 2 veces al año. Además, es importante favorecer el automonitoreo del paciente por medio de la determinación de glucemia capilar 3 a 4 veces al día para un mejor control metabólico (American Diabetes Association, 2010).

La meta principal para el control glucémico en pacientes diabéticos es mantener una HbA1c por debajo de 7%, ya que se ha encontrado que el riesgo de presentar complicaciones micro y macro vasculares disminuye. Existe una relación curvilínea entre el riesgo de complicaciones como retinopatía y microalbuminuria con niveles mayores de 7 a 8% de HbA1c (American Diabetes Association, 2010).

Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 y Conocimiento sobre la enfermedad

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de Diabetes (EASD) han propuesto guías de evaluación y tratamiento para pacientes diabéticos que incluyen las siguientes recomendaciones (American Diabetes Association, 2010):

- A. Evaluación inicial: historia médica completa y exploración física, búsqueda intencional

de complicaciones, exámenes de laboratorio.

- B. Manejo multidisciplinario incluyendo personal de salud mental entrenado en pacientes diabéticos. El plan de manejo debe formularse como una alianza terapéutica colaborativa entre paciente, equipo de salud e idealmente la familia.
- C. Control glucémico: auto monitoreo de la glucosa, niveles séricos de glucosa en laboratorio y medición de HbA1c. Al momento del diagnóstico se recomiendan los cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) junto con metformina e ir aumentando el tratamiento con otros agentes hipoglucemiantes y/o insulina. La elección del fármaco y la secuencia de uso de los mismos no es tan importante como el obtener un control glucémico satisfactorio.
- D. Tratamiento nutricional: dieta baja en carbohidratos y grasas para perder peso
- E. Cirugía bariátrica para adultos con IMC > 35 kg/m².
- F. Educación sobre la enfermedad y el autocuidado
- G. Actividad física
- H. Evaluación psicosocial

Para asegurar un buen control metabólico, es imprescindible que el paciente diabético cumpla con un tratamiento basado en cuidar su dieta, realizar ejercicio físico, monitorear su glucosa diariamente, tener buena adherencia al medicamento, acudir a consultas médicas y recibir educación sobre su enfermedad. Además es importante medir el grado de cumplimiento que el paciente tiene de su tratamiento, ya sea por autorreporte, conteo de tabletas o mediciones periódicas de la HbA1C. Todas estas mediciones han demostrado ser casi igual de confiables (González, Schneider, & Wexler, 2013) y el autorreporte puede ser más factible de realizarse en el ámbito clínico real.

Existen estándares internacionales que indican la importancia de que las personas con diabetes mellitus reciban educación sobre las conductas de autocuidado que deben seguir para el buen control de su diabetes desde el diagnóstico y a lo largo de su tratamiento. (Sarkisian, Brown, Norris, Wintz, & Mangione, 2003). La educación sobre su enfermedad es un proceso de facilitación de conocimiento, habilidades y herramientas necesarias para el cuidado de la

diabetes. Este proceso incorpora las necesidades, metas y experiencias de vida de la persona con diabetes, además debe incluir aspectos psicosociales ya que el bienestar emocional se asocia con buenos resultados en el control de la diabetes (Räikkönen, Matthews, & Kuller, 2007). Los objetivos de esta educación son ayudar la toma de decisiones, promover conductas de autocuidado y cumplimiento del tratamiento, la resolución de problemas y la colaboración activa con el equipo de salud para mejorar los resultados clínicos e incrementar la calidad de vida (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002).

Existe evidencia de que la educación sobre la enfermedad mejora el peso, los niveles de hemoglobina glucosilada en el corto plazo y mejora la calidad de vida de los pacientes (Norris et al., 2002). También se ha asociado con mayor uso de servicios de atención primaria y menor uso de servicios de urgencias y hospitalizaciones (Robbins, Thatcher, Webb, & Valdmanis, 2008).

En un metaanálisis que evaluó la eficacia de la educación en diabetes para tener mejor control metabólico de pacientes diabéticos, se encontró un decremento promedio de 0.76% en la HbA1c en el periodo inmediato de evaluación en aquellos pacientes que habían recibido esta educación, aunque la disminución sólo se mantuvo en un 0.26% menos al cabo de 3 meses de seguimiento. Es importante recalcar que el único predictor del efecto fue el contacto del paciente con el educador, con 23.6 horas promedio de contacto necesarias para cada decremento absoluto del 1% de HbA1c. Esto es de gran relevancia dado que una reducción del 1% en la HbA1c tras 10 años, se asocia con una reducción de 21% del riesgo de cualquier complicación por diabetes, de 21% en las muertes por diabetes, 14% de infartos al miocardio y 37% en las complicaciones microvasculares (Norris et al., 2002). Al parecer se requieren intervenciones a largo plazo que impliquen contacto continuo entre paciente y educador. La educación en diabetes debe cambiar a un enfoque más centrado en el paciente y colocarlo en el centro de un modelo de cuidado colaborativo con los profesionales de salud.

Por otra parte, se han reportado mejores resultados en programas de educación que están adaptados a la cultura (Glazier, Bajcar, Kennie, & Willson, 2006) y a la edad del paciente (Sarkisian et al., 2003), así como aquellas que abordan cuestiones psicosociales. Pero hasta

ahora no hay un programa que también esté adaptado a características psicológicas particulares de los pacientes. La colaboración y negociación con el personal de salud, los miembros de la familia y otros es esencial para que estos cambios en el estilo de vida se promuevan y mantengan (Day, Bodmer, & Dunn, 1996).

Factores psicosociales relacionados con el cumplimiento terapéutico de la Diabetes Mellitus

En el tratamiento de la diabetes mellitus 2 el comportamiento del sujeto debe modificarse para ejercer un adecuado control de la glicemia, por lo que factores psicológicos y sociales están involucrados en el cumplimiento de estas modificaciones conductuales por parte del individuo (Bernard, 2011). En México, se ha encontrado que las mujeres diabéticas manifiestan una mejor calidad de vida que los hombres y el tener una pareja y buen apoyo social se relacionan positivamente con la calidad de vida, mientras que el impacto emocional de conocerse portador de la enfermedad y el rechazo de la misma lo hacen de forma negativa. Algunos autores concluyen que los factores emocionales influyen más en la calidad de vida que las características clínicas de la enfermedad (Arcega-domínguez, Lara-muñoz, & Ponce-de-león-rosales, 2005).

Depresión y Diabetes

La prevalencia general de depresión en pacientes con diabetes es de 17.6 al 25%, lo que sugiere que 1 de cada 5 personas diabéticas presentan síntomas depresivos al grado de interferir con su funcionalidad. Además de sus implicaciones para el bienestar físico, mental y social, en los pacientes diabéticos la depresión contribuye al mal cumplimiento del tratamiento médico, peor calidad de vida y tasas más altas de morbilidad y mortalidad, así como costos mayores de uso de servicios de salud (Pan et al., 2011).

Existe un cúmulo de evidencia que sugiere que la identificación y tratamiento de la depresión en pacientes diabéticos puede tener un efecto favorable en el control glucémico y tal vez en la prevención y/o retraso de las complicaciones relacionadas con la diabetes (Heckbert et al., 2010; Knoll et al., 2006; Pan et al., 2011), por ejemplo, las intervenciones psicológicas para pacientes diabéticos han mostrado beneficios a largo plazo en el paciente diabético (W. Katon et al., 2004). En una revisión sistemática de 12 estudios que buscó estudiar la asociación

entre depresión y diabetes se encontró que el riesgo para depresión era casi el doble en los pacientes con diabetes tipo 2 en comparación con aquellos sin diabetes (OR=1.77%, IC 1.5-2) y este riesgo fue mayor para hombres diabéticos que para mujeres (Ali, Stone, Peters, Davies, & Khunti, 2006). Asimismo un metaanálisis que incluyó 9 estudios longitudinales concluyó que los adultos con depresión tienen un riesgo 37% mayor de desarrollar diabetes tipo 2 tras controlar por varios confusores. Por tanto, la depresión se considera un factor de riesgo para diabetes con efecto similar al del tabaquismo o el sedentarismo (Knoll et al., 2006).

Se ha hipotetizado que la relación entre diabetes y depresión puede ser debida a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal (HHA) y del sistema nervioso simpático, resultando en una liberación aumentada de cortisol, epinefrina y norepinefrina. El cortisol estimula la producción de glucosa, aumenta la lipólisis, disminuye la secreción de insulina por las células pancreáticas y disminuye la sensibilidad a insulina. Se ha postulado que una hipercolesterolemia crónica, que se presenta en el 50% de los pacientes deprimidos resulta en obesidad, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2. Una segunda hipótesis es que la disregulación del sistema inmune juega un papel en la relación entre la depresión y riesgo de diabetes. Ambas enfermedades se han asociado con incremento en la proteína C reactiva, TNF α y citocinas proinflamatorias. También es probable que una baja ingesta o alteraciones en el metabolismo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 puedan contribuir tanto a la depresión como a la diabetes (Pouwer et al., 2005). Además no debemos de dejar de lado el impacto emocional negativo que puede tener el saberse portador de una enfermedad crónica y su consecuente aumento del riesgo para tener un episodio depresivo (Arcega-domínguez et al., 2005; W. Katon et al., 2004)

Se ha encontrado que la depresión mayor incrementa 2.3 veces la mortalidad a 3 años en pacientes diabéticos en comparación con aquellos diabéticos no deprimidos. Esto pudiera ser explicado porque la depresión se ha relacionado con el descuido del paciente de su tratamiento y mayor probabilidad de tener múltiples factores de riesgo cardiovascular (W. J. Katon et al., 2005). Sin embargo, algunos estudios que no han encontrado que la depresión se asocie con descontrol metabólico o hipertensivo a largo plazo en pacientes diabéticos

(Heckbert et al., 2010).

Por otra parte, en estudios de seguimiento en mujeres se ha encontrado que la combinación de depresión y diabetes representa un riesgo casi 3 veces mayor de muerte por enfermedades cardiovasculares en comparación con mujeres sin ninguna de las 2 condiciones (RR= 2.72, IC=2.09-3.54). Además, la comorbilidad entre estas patologías tiene un efecto sinérgico en el aumento del riesgo de desarrollar síndrome metabólico y de mortalidad por causas cardiovasculares (Pan et al., 2011; Rääkkönen et al., 2007).

Algunos factores asociados con la presencia de depresión en pacientes diabéticos incluyen el ser más joven al momento del diagnóstico, el sexo femenino, un menor nivel educativo, un índice de masa corporal (IMC) >30kg/m², el tabaquismo, presencia de enfermedades comórbidas en hombres y mayores niveles de HbA1c en pacientes menores de 65 años (W. Katon et al., 2004).

En México se ha determinado que la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al primer nivel de atención es del 63%, principalmente en personas mayores de 50 años y se asocia con un mayor IMC mayor número de complicaciones por diabetes (Colunga-Rodríguez, García de Alba, Salazar-Estrada, & Ángel-González, 2008).

Apoyo Social

El apoyo social se ha definido como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona como la afiliación, afecto, pertinencia, identidad, seguridad y aprobación son satisfechas a través de la interacción con otros. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la provisión de ayuda socioemocional (afecto, simpatía, comprensión y estima) o por la provisión de ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con la familia o con el trabajo, ayuda económica, etc.) (Callaghan & Morrissey, 1993; Gonzalez-Peña, 2001). La evaluación del apoyo social considera factores como la cantidad de relaciones, su estructura formal, su densidad y reciprocidad, y el contenido de estas relaciones como reflejo de soporte social (Callaghan & Morrissey, 1993).

En pacientes diabéticos se ha encontrado que el apoyo familiar se asocia con una

glucemia menor a 140mg/dl tras controlar por otras variables clínicas. Los autores de este estudio recomiendan dirigir las intervenciones al grupo social del paciente, para que por esta vía éste aumente su cumplimiento del tratamiento (Rodríguez-Morán & Guerrero-Romero, 1997).

Un aspecto donde el paciente requiere apoyo constante en la relación que mantiene con el equipo de salud, principalmente el médico tratante. La influencia de una relación positiva de colaboración entre paciente-proveedor de salud puede ser particularmente importante y ser uno de los determinantes más importantes de un buen cumplimiento al tratamiento (Viinamäki, Niskanen, Korhonen, & Tähkä, 1993). Se ha encontrado que una mejor colaboración y confianza entre pacientes con diabetes y el personal de salud se asocia con mejor cumplimiento del tratamiento y mejor control metabólico (Morris et al., 2009). Para conseguir este tipo de relación colaborativa es importante desarrollar un enfoque centrado en las necesidades del paciente. Recientemente se ha empezado a reconocer la importancia del estudio de las formas en las que el paciente percibe y se involucra en las relaciones (estilo de relaciones interpersonales) ya que es tan importante como el conocer los estilos de comunicación de los proveedores de salud, sin embargo, hasta ahora, las características relacionales pertenecientes al paciente han sido mucho menos estudiadas (Paul Ciechanowski & Katon, 2006).

Teoría del Apego

La teoría del apego expone que la relación entre el infante y su madre es de particular importancia para la supervivencia de la especie y la considera como un mecanismo por el cual los seres humanos comienzan a desarrollar una relación con el ambiente que los rodea y marca la pauta para futuras respuestas ante estímulos de éste ambiente (Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011). Se considera al apego afectivo como un proceso del desarrollo psicológico basado en la relación emocional entre el niño y la persona que le cría que se expresa generalmente después del primer mes de vida como la búsqueda de la figura que funge como cuidador en la relación para promover la proximidad con esta figura (Holmes, 2001).

El psicoanalista británico John Bowlby desarrolló en 1951 el escrito “Cuidado Maternal y Salud Mental” en el que expone la “necesidad maternal” (J. Bowlby, 1951), concepto que evolucionó hasta formular la teoría según la cual el vínculo normal en la infancia es esencial para el desarrollo sano del individuo. Bowlby basó gran parte de su teoría en estudios que muestran que el ser humano, como otras especies, tiene patrones de vínculo que son determinados por tendencias innatas que garantizan la protección de la cría y su supervivencia. En el ser humano, el vínculo se produce cuando hay una relación cariñosa, íntima y continua entre cuidador e hijo que proporciona satisfacción y disfrute a ambos. Bowlby creó el concepto del apego en 1958 en “The Nature of the Child’s Tie to his Mother” (J Bowlby, 1958).

Estos conceptos revolucionaron el entendimiento de la psicología del desarrollo de su época y causan controversia aún hasta el día de hoy. Ainsworth fue una de las primeras investigadoras en identificar 3 patrones distintivos de apego (seguro, ambivalente y evitativo) en los niños mediante un método de laboratorio llamado la “Situación Extraña” en la que el niño, el cuidador y un extraño interactúan y las conductas del niño son observadas, prestando especial atención a la conducta del niño cuando se reúne con su cuidador tras una breve separación. La conducta de búsqueda y aceptación del niño hacia su cuidador a su regreso es la que indica el estilo de apego predominante en el niño (Turan, Osar, Turan, Ilkova, & Damci, 2003).

La teoría del apego es una hipótesis universal que ha demostrado ser válida a lo largo del tiempo en diferentes culturas y brinda evidencias de transmisión entre generaciones (Benoit, 2004).

Estilos de Apego en el Adulto

Un principio básico de la teoría del apego es que las relaciones de apego continúan siendo importantes a través de la vida (Ainsworth, 1989) por lo que se ha investigado la relación entre los modelos de apego y la adaptación social y emocional en el adulto. La relevancia clínica de los distintos estilos de apego reside en que los eventos adversos en edades tempranas del desarrollo tienen un efecto en las funciones cerebrales y pueden representar un factor de

riesgo para el desarrollo de psicopatología en la vida adulta (Fumagalli, Molteni, Racagni, & Riva, 2007).

Según la teoría de Bowlby, los niños, con el tiempo, internalizan experiencias con los cuidadores de tal forma que las relaciones de apego tempranas forman un prototipo para futuras relaciones extra familiares. Se proponen varios mecanismos que ayudan a que el estilo de apego se mantenga a lo largo de la vida, por ejemplo, al procesar información social, las personas parecemos realizar conductas que evocan reacciones específicas en otros y esta retroalimentación social es interpretada en formas que confirman sus modelos internos de sí mismo y los demás, además de escoger compañeros sociales e inducir relaciones que sigan confirmando estos modelos. A su vez, estos modelos internos dirigen la atención, filtran y organizan la nueva información y dan significado a nuestras experiencias pasadas (Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000).

Mary Main y colegas desarrollaron la Entrevista de Apego del adulto que busca descripciones de las relaciones tempranas de apego y rasgos de personalidad en adultos. Identificaron 3 tipos de apego en adultos: seguro, evitativo y preocupado y más adelante, se agregó el desorganizado (Turan et al., 2003). Posteriormente, Hazan y Shaver extrapolaron el paradigma del apego en niños al estudiar las relaciones románticas como un proceso de apego en los adultos (Turan et al., 2003).

En 1991, Bartholomew y Horowitz propusieron un modelo de estilos de apego en el adulto, basado en la teoría de Bowlby y en el paradigma de Hazan y Shaver que consiste en 2 tipos de modelos de trabajo internos, un modelo interno del yo y un modelo interno de los otros y cada modelo puede dicotomizarse en positivo o negativo. Por ejemplo, el individuo puede percibirse como digno de amor o no y percibir a los otros como confiables y disponibles o como rechazantes y poco confiables. La combinación de la percepción de estos modelos internos da cabida a cuatro estilos de apego del adulto teóricos:

Cuadro 1. Estilos de apego del adulto

MODELO DEL YO			
		<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>
MODELO DEL OTRO	<i>Positivo</i>	<p>SEGURO</p> <p>(CÓMODO con intimidad y autonomía)</p>	<p>PREOCUPADO</p> <p>(Preocupado por las relaciones)</p>
	<i>Negativo</i>	<p>EVITATIVO</p> <p>(Rechaza a intimidad y la interdependencia)</p>	<p>TEMEROSO</p> <p>(Teme la intimidad y evita el contacto social)</p>

Fuente: Bartholomew K, Horowitz LM Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and social psychology*, 1991.

El tipo de apego seguro indica una percepción de amor por si mismo más la expectativa de que otros están generalmente disponibles. Se caracteriza por valorar las relaciones íntimas y la capacidad de mantener relaciones cercanas sin perder la autonomía y la coherencia consigo mismo. El estilo de apego preocupado indica una percepción de baja valía personal con una buena evaluación de los demás, lo que lleva a la persona a luchar por la aceptación de los otros. Este tipo de apego se caracteriza por un sobreinvolucramiento en las relaciones cercanas, en donde su sensación de bienestar personal depende de la aceptación de otros, una tendencia a idealizar a los demás y una incoherencia y emotividad exagerada en las relaciones. El estilo de apego temeroso se presenta con un sentimiento de poca valía personal combinado con la expectativa de que otros lo rechazarán y no brindarán ningún apoyo, estos individuos suelen protegerse del supuesto rechazo de otros evadiendo el contacto social. Se caracterizan por evitar las relaciones cercanas por miedo al rechazo y una sensación de inseguridad personal y desconfianza hacia los demás. Finalmente, el estilo de apego evitativo implica una valía personal alta combinada con una percepción negativa de los demás. Estas personas se protegen de ser decepcionados por otros evadiendo las relaciones de intimidad y manteniendo una actitud de independencia e invulnerabilidad. Se caracteriza por subestimar la importancia de las relaciones cercanas, una emotividad restringida, un extremado énfasis en la independencia y una falta de claridad o credibilidad al formar relaciones (Bartholomew & Horowitz, 1991). De

forma general, los estilos de apego preocupado, temeroso y evitativo se han clasificado como apegos inseguros y se han relacionado con el desarrollo de psicopatología.

En los estudios originales de Bartholomew y Horowitz se encontró que ningún sujeto encajaba en un único prototipo de apego, más bien, presentaban una mezcla de tendencias pertenecientes a diferentes tipos de apego a lo largo del tiempo y entre relaciones. La mayoría mostró elementos de dos o tres estilos de apego diferentes con diferentes intensidades (Bartholomew & Horowitz, 1991).

En una muestra representativa de Estados Unidos, se encontró la siguiente distribución de los estilos de apego: 59% seguro, 25% evitativo y 11% ansioso (que incluye preocupado y temeroso). Se encontró además que las adversidades en la infancia se relacionaban de forma importante con un estilo de apego inseguro (Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997). Por otra parte, en poblaciones clínicas se han encontrado distribuciones diferentes de los estilos de apego (seguro 44%, preocupado 8-15%, temeroso 12-20% y evitativo 36%) (Paul Ciechanowski & Katon, 2006)

Existe evidencia que los estilos de apego muestran distribuciones diferentes en diferentes culturas. Algunas culturas enfatizan la interrelación y el colectivismo más que otras, en las que la independencia e individualidad son muy valoradas (Turan et al., 2003). Por lo tanto, es probable que los estilos evitativos sean particularmente dañinos en culturas que enfatizan el familismo, como el caso de la cultura latina, debido a la desviación social que una actitud de independencia e invulnerabilidad representa en una cultura que promueve el colectivismo.

Estilos de Apego e Implicaciones para la Salud

Los estilos de apego pueden ser un factor que contribuye en la respuesta al estrés del individuo. Actualmente se cuenta con evidencia de modelos animales que relaciona los apegos inseguros con la presencia de psicopatología en la edad adulta (Champagne & Meaney, 2006). En las muestras de ensayos clínicos con pacientes psiquiátricos se ha encontrado una sobrerrepresentación de los estilos de apego inseguros y el apego seguro se ha asociado con un

mejor pronóstico psiquiátrico y un mejor desempeño en pruebas neuropsicológicas que valoran atención y memoria (Van Ijzendoorn, 1995).

Se ha demostrado que un apego evitativo se asocia con un mayor rechazo al personal de salud, menor apertura y peor aprovechamiento del tratamiento en escenarios de salud mental. Además el estilo de apego del profesional de la salud también interviene al escoger las necesidades del paciente a las que dará mayor prioridad y cuidado (Dozier, Cue, & Barnett, 1994). Hay estudios que investigan la relación entre los estilos de apego y la función inmune y se ha visto que los estilos de apego en los que predominan el rechazo social (evitativo y temeroso) y en los que hay mayor nivel de estrés percibido se asocian con menores niveles de citotoxicidad por células "Natural Killers", lo que a su vez puede desencadenar la presencia de enfermedades físicas y mentales. Esta asociación se mantuvo a pesar de controlar otras variables que influyen la inmunidad como el ejercicio físico, la calidad de sueño, el tabaquismo, el consumo de alcohol y el consumo de fármacos antiinflamatorios. Se piensa que los posibles mediadores entre los estilos de apego y las alteraciones inmunológicas pueden ser el cortisol, algunas citocinas proinflamatorias y proteínas relacionadas al estrés como alpha 2 macroglobulina que puede inducir la muerte celular (Picardi et al., 2007).

Por otra parte, Ciechanowski y colaboradores observaron que los estilos de apego preocupado y temeroso se asocian con mayor cantidad de síntomas físicos autorreportados en comparación con sujetos con apego seguro y que esta asociación se mantiene incluso después de controlar por otras variables psicológicas como la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, se observó que los pacientes temerosos tenían el menor uso de servicios de salud, a pesar de la alta frecuencia de síntomas, lo que los pone en riesgo de no recibir el tratamiento necesario, lo que afectaría su bienestar biopsicosocial. Por otra parte, los pacientes con apego preocupado son los que más utilizan los servicios de salud, probablemente por su tendencia a depender de otros (P. S. Ciechanowski, 2002).

Tanto en modelos animales como humanos se ha visto que el estilo de apego tiene influencia sobre la respuesta individual al estrés fisiológico, lo que conlleva a la presencia de enfermedades (Picardi et al., 2007; Pierrehumbert et al., 2009). Se ha hipotetizado que los

apegos inseguros intervienen en el desarrollo de enfermedades por medio de 3 mecanismos fundamentales: que afecten la regulación del estrés por una hiperreactividad a los estresores o una modulación social disminuida, que aumenten la probabilidad de uso de reguladores externos del afecto como el uso de sustancias o las conductas sexuales de riesgo y que afecten el uso de factores protectores como la búsqueda efectiva de ayuda o un peor cuidado de sí mismo (Maunder & Hunter, 2001)

Sin embargo, sería un error considerar a los estilos de apego como una causa suficiente para desarrollar enfermedades físicas, siendo más probable que se comporte como un riesgo adicional a una condición de vulnerabilidad previa (Maunder & Hunter, 2001).

Estilos de Apego y Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad donde el 95% de manejo debe ser realizado por el paciente por lo que con frecuencia requieren del apoyo de otros para realizar las conductas que conlleven a un cumplimiento adecuado del tratamiento médico (Paul Ciechanowski et al., 2004). Se ha visto que ciertos estilos de apego se relacionan con que las personas aprovechen diferentes tipos de tratamiento (Paul S Ciechanowski et al., 2006). La forma de interacción que la persona tiene con figuras de autoridad como los proveedores de salud está influenciada por modelos cognitivos estables del sí mismo y de los otros como se demuestra en la teoría del apego (Paul S Ciechanowski et al., 2006). Además, el sistema de apego adquiere mayor importancia en momentos de vulnerabilidad o estrés como es el caso de padecer una enfermedad sistémica y crónica como la diabetes mellitus 2 (Paul Ciechanowski et al., 2004).

La forma en que los pacientes prefieren interactuar con el personal de salud es diversa, están desde los pacientes que buscan crear una relación cercana con los médicos hasta aquellos que prefieren un contacto infrecuente con el personal de salud (P S Ciechanowski, Katon, Russo, & Walker, 2001). Para poder implementar un cuidado efectivo, centrado en las necesidades del paciente, es importante entender las variaciones en los estilos de interacción del paciente y en su capacidad de comprometerse con los proveedores de salud. Por ejemplo, las personas con un apego evitativo, podrían ser menos tolerantes a formas de tratamiento que

requieran una alta demanda de interacciones interpersonales o contacto muy prolongado con el personal de salud (P S Ciechanowski et al., 2001).

Ciechanowski y colaboradores han realizado algunos estudios que buscan saber si los estilos de apego tienen influencia sobre el cumplimiento terapéutico en los pacientes diabéticos y si está mediada por la relación médico paciente. Encontraron que en pacientes diabéticos que acudían a centros de atención primaria había una prevalencia de apegos inseguros mucho mayor que en la población general. Cuando se compararon con los pacientes con apego seguro, aquellos con apego evitativo realizaban menos ejercicio, se revisaban menos los pies, tenían peor adherencia a los medicamentos y fumaban más y esta asociación estuvo parcialmente mediada por la calidad de la relación médico paciente (Paul S Ciechanowski, Hirsch, & Katon, 2002). Es probable que los pacientes con apego evitativo, con altos niveles de independencia y autosuficiencia, tiendan a aislarse y no aceptar el apoyo de otros. En una enfermedad compleja como la diabetes, estas características pueden interferir con las interacciones interpersonales que facilitan cumplir el tratamiento médico, tales como la negociación con familiares acerca de los cambios en la dieta, el involucramiento en programas de ejercicio, y el aprendizaje por medio de la colaboración con el equipo de salud. Es importante señalar que en esta población, la prevalencia del estilo de apego evitativo fue considerablemente mayor que en la población general (36% vs 25% respectivamente), sugiriendo tal vez que los pacientes con apego evitativo puedan estar en mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 como resultado de hábitos de vida inadecuados relacionados también con mayor riesgo de depresión (Paul Ciechanowski et al., 2004).

Ciechanowski en el 2006 mostró en un estudio con sujetos diabéticos que aquellos con estilo de apego evitativo y temeroso realizan con menor frecuencia los requerimientos del tratamiento que dependen más de la interrelación con otros, por ejemplo, los programas de ejercicio y dieta que requieren la colaboración de otras personas, en comparación a otras conductas que no dependen tanto de la relación con los demás, como la monitorización de la glucosa capilar o la revisión de pies (Paul Ciechanowski & Katon, 2006). Por otra parte, se desarrolló un programa de cuidado colaborativo para el manejo de la depresión en pacientes

diabéticos y se encontró que los pacientes con apego evitativo tenían mejores resultados con el programa (que se centraba en la resolución de conflictos) en comparación con aquellos que no asistían al programa (grupo control). En los pacientes con estilos de apego seguro y preocupado no existía tal diferencia versus el grupo control, lo que sugiere que los pacientes con relaciones más interactivas (apego seguro y preocupado) tengan de antemano una ventaja interactuando con los equipos de salud en el formato convencional. Este estudio aporta evidencia de que los pacientes con diferentes estilos de apego tienen diferente respuesta a diferentes abordajes terapéuticos (Paul Ciechanowski & Katon, 2006).

Los estilos de apego también se han relacionado con el control metabólico de los pacientes diabéticos. En un estudio con pacientes diabéticos que acudían al primer nivel de atención se encontró que aquellos con un estilo de apego temeroso o evitativo tenían niveles más altos de HbA1c en comparación con los pacientes de apego seguro ($8.1 \pm 1.5\%$ vs $7.5 \pm 1.1\%$ respectivamente) (Paul S Ciechanowski et al., 2002).

Asimismo, se ha estudiado si los estilos de apego se relacionan con la mortalidad de los pacientes diabéticos. Se realizó un seguimiento a 5 años de 3535 pacientes diabéticos donde, al controlar por variables asociadas con riesgo de mortalidad (estado clínico, edad de inicio y duración de la diabetes, tipo de tratamiento, tabaquismo, peso, comorbilidad médica, complicaciones micro o macrovasculares), se encontró que la tasa de mortalidad en los pacientes con tipos de relación interactivas (estilos de apego seguro y preocupado) fue menor que en sujetos con estilo de relación independiente (estilos de apego evitativo y temeroso) (29/1000 vs 39/1000 respectivamente), indicando que aquellos con estilo de relación independiente tenían un riesgo 20% mayor de muerte en comparación con aquellos con tipos de relaciones interactivas y el porcentaje teórico de muertes prevenibles si se interviniera sobre el impacto negativo de los tipos de relación independiente sería del 12.48% (P. Ciechanowski et al., 2010).

Se ha propuesto que la influencia de los estilos de apego sobre los resultados en diabetes está dada por diferentes mecanismos, por ejemplo, las diferencias inmunológicas entre los sujetos con diferentes tipos de apego y las diferencias en el efecto del apoyo social sobre la respuesta al estrés, pueden tener un efecto en la reactividad cardiovascular o

neuroendocrina (Picardi et al., 2007). Sin embargo, se piensa que el principal mediador de esta asociación es el descuido que pueden tener los pacientes evitativos y en algunos casos, los temerosos, de su tratamiento, sobre todo, si este incluye una interacción estrecha de dependencia con otros. En una enfermedad crónica como la diabetes, el número de cambios que requieren el apoyo de otros sobrepasa a aquellos que se pueden hacer de forma más independiente, lo que representa un desafío constante para los pacientes con estilo de apego evitativo (Paul Ciechanowski et al., 2004; P. Ciechanowski et al., 2010; P. S. Ciechanowski, 2002; Paul S Ciechanowski et al., 2006).

Otro fenómeno que busca explicar la influencia del estilo de apego sobre los resultados en el control de la diabetes es la calidad de la relación del paciente con el principal proveedor de salud (generalmente el médico). Se ha visto que los individuos clasificados como evitativos, tanto en autorreporte como por informantes, tienen peor comunicación con sus médicos (percibida tanto por el propio paciente como por el médico) y esto se relaciona con peor cumplimiento terapéutico y niveles más altos de HbA1c (Morris et al., 2009).

En conclusión, hasta ahora sabemos que la diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de mortalidad y las tendencias de morbilidad y mortalidad van en aumento además de implicar altos costos de atención y hospitalización (Olaiz et al., 2006). Se sabe que hay diferentes factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus, algunos de ellos no modificables como la herencia y la edad y otros modificables como el estilo de vida y el autocuidado. Recientemente se le ha dado importancia a factores de riesgo psicosociales como la depresión, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y otros (Collins et al., 2011; Secretaría de Salud, 2008).

Para asegurar un buen control glucémico, el paciente debe seguir un plan de tratamiento consistente en cuidar su dieta, realizar ejercicio físico, tomar apropiadamente su medicamento y asistir a sus consultas médicas. Otras cuidados son monitorear su glucosa diariamente, revisar sus pies y dejar de fumar (American Diabetes Association, 2010; Sarkisian et al., 2003; Secretaría de Salud, 2008). Para llevar un buen cumplimiento de este plan de tratamiento, el comportamiento del sujeto debe modificarse de forma permanente, lo que involucra diversos factores psicológicos y sociales (Bernard, 2011). Un aspecto clave es el

reconocimiento del estilo de relacionarse del paciente, ya que durante su tratamiento necesita de forma regular del apoyo de otros para poder llevar a cabo un tratamiento óptimo.

La forma de interacción que una persona tiene con los demás está influenciada por modelos cognitivos estables del sí mismo y de los otros como demuestra la teoría del apego (Paul Ciechanowski et al., 2004). El sistema de apego adquiere mayor importancia en momentos de vulnerabilidad o estrés como cuando se padece una enfermedad sistémica y crónica como la diabetes mellitus 2 (Paul Ciechanowski et al., 2004). Es probable que los diferentes estilos de apego conlleven a que el paciente aproveche de forma diferente las modalidades de intervención por parte del equipo de salud, ya que la forma en que los pacientes prefieren interactuar con el personal de salud es diversa. La influencia de una relación positiva de colaboración entre paciente y médico puede ser particularmente significativa e influir en el cumplimiento terapéutico (Viinamäki et al., 1993).

Sin embargo, hasta ahora no ha sido posible una descripción precisa de los patrones de relación interpersonal de los pacientes que tienen influencia en el cumplimiento terapéutico y para poder implementar un cuidado efectivo, centrado en las necesidades del paciente, resulta importante entenderlos. Algunos estudios con pacientes diabéticos han encontrado que los estilos de apego inseguros, predominantemente el evitativo, se relacionan con peor cumplimiento al tratamiento (Paul Ciechanowski et al., 2004; P. Ciechanowski et al., 2010; Paul S Ciechanowski et al., 2002). Es por esto que los estilos de apego han mostrado ser un camino de estudio confiable para identificar mejor a los pacientes que se beneficiarían de diferentes tipos de interacción con el personal de salud.

El que los pacientes y el personal de salud conozcan sus estilos de apego será de ayuda para el desarrollo de herramientas que les permitan crear redes sociales de apoyo más eficaces en el control de la diabetes. Asimismo conocer más acerca de los estilos de interacción del paciente le permitirá al personal de salud usar diversas estrategias para asegurar una mejor comunicación con él, ya que hasta ahora no existen programas que estén adaptados a las

características psicológicas de los pacientes. Además, ayudará a fomentar la empatía y entendimiento de aquellos pacientes menos colaboradores y de otra forma, etiquetados como “difíciles” (P. Ciechanowski et al., 2010) lo que se traducirá en mayor compromiso con el padecimiento y por tanto mejor cumplimiento terapéutico.

Con base en esto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Influyen los estilos de apego en el cumplimiento terapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlando la presencia de depresión, el nivel de apoyo social y el grado de conocimiento de la enfermedad?

Objetivos

Objetivo General

- ❖ Determinar si los estilos de apego tienen influencia sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a primer nivel de atención en salud controlando la presencia de depresión, el nivel de apoyo social y el grado de conocimiento de la enfermedad.

Objetivos Específicos

- ❖ Establecer el grado de cumplimiento terapéutico y sus componentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del primer nivel de atención en salud.
- ❖ Describir la distribución de los diferentes estilos de apego en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a primer nivel de atención en salud.
- ❖ Determinar el grado de conocimiento de la enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención en salud.
- ❖ Determinar la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención.
- ❖ Determinar el grado de apoyo social percibido en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención.
- ❖ Determinar cuál o cuáles estilos de apego se relacionan con un buen o mal cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2.

- ❖ Determinar qué componentes del cumplimiento terapéutico están mayormente influidos por los estilos de apego de pacientes diabéticos tipo 2.

Hipótesis

Hipótesis General

Los estilos de apego tendrán influencia sobre el cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 independientemente la presencia de depresión, el nivel de apoyo social y el grado de conocimiento de la enfermedad.

Hipótesis Específicas

- ❖ Los estilos de apego inseguros (preocupado, evitativo y temeroso) se relacionarán con el mal cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- ❖ Dentro de los estilos de apego inseguros, el apego evitativo será el que más se relacione con el mal cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2.
- ❖ El estilo de apego se correlacionará con la depresión, el conocimiento de la enfermedad y el apoyo social para influenciar el cumplimiento terapéutico de la diabetes

Material y Métodos

Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo y correlacional.

Pacientes

- Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS.
- Se incluyeron pacientes hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad, que contaran con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 por lo menos 6 meses previos al momento de la entrevista y aceptaran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado. Las pacientes mujeres en edad reproductiva no se sabían embarazadas.

- Se excluyeron los pacientes que parecieron incapaces de contestar las entrevistas al momento de invitarlos a participar en el estudio, a juicio del entrevistador.
- Se eliminaron las entrevistas incompletas.
- Se determinó que el tamaño de muestra sería de 200 sujetos, considerando un mínimo de 10 sujetos por variable (incluyendo variables dummy) según lo requerido en un modelo de regresión lineal múltiple (Feinstein, 1996).

Variables e Instrumentos de Medición

Cuadro 2. Definición y Operacionalización de las Variables de estudio

Nombre de la Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento de medición
Cumplimiento al tratamiento	<i>Dependiente Ordinal</i>	<i>El cumplimiento por parte del paciente del plan de manejo indicado para su padecimiento que habitualmente consiste en</i>	<i>Puntaje obtenido en el cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición en el momento del estudio</i>	<i>Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición (Pérez, 1997)</i> <i>Valores: Puntuación del instrumento (0 a 4)</i>
Estilo de apego del adulto	<i>Independiente Ordinal</i>	<i>El proceso de desarrollo psicológico basado en la relación emocional entre el niño y su cuidador que proviene de una evolución adaptativa hacia la supervivencia y que influyen en la forma de relacionarnos durante toda la vida</i>	<i>Puntaje obtenido en el "Cuestionario de relaciones" en el momento del estudio</i>	<i>Cuestionario de relaciones (Bartholomew & Horowitz, 1991)</i> <i>Valores: Apego Seguro Apego Preocupado Apego Evitativo Apego Temeroso</i>
Conocimiento de la enfermedad	<i>De ajuste Ordinal</i>	<i>Se trata de la información que el paciente tiene sobre su enfermedad tales como cifras normales de glucosa, síntomas de</i>	<i>Puntaje obtenido en el cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes</i>	<i>Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición (Pérez, 1997)</i> <i>Valores:</i>

		<i>hipoglucemia, metas terapéuticas y tipo de tratamiento a seguir</i>	<i>del Instituto Nacional de Nutrición en el momento del estudio</i>	Puntuación del instrumento (0 a 10)
Depresión	<i>De ajuste Ordinal</i>	<i>Síndrome que incluye síntomas afectivos como tristeza patológica, anhedonia, irritabilidad además de síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático</i>	<i>Puntuación en el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ 9)</i>	Patient Health Questionnaire 9 (PHQ 9) (Kroenke & Spitzer, 2002). Valores: Ausente Leve Moderada Moderadamente severa Severa
Apoyo social	<i>De ajuste Intervalar</i>	<i>Grado en que las necesidades sociales básicas de la persona como la afiliación, afecto, pertinencia, identidad, seguridad y aprobación son satisfechas a través de la interacción con otros.</i>	<i>Puntaje obtenido en la Escala de Apoyo Social en Diabetes</i>	Escala de Apoyo Social en Diabetes (Charron-Prochownik, 1991). Valores: Puntuación de 0 a 20
Sexo	<i>De ajuste Dicotómica</i>	<i>Condición orgánica que distingue al hombre o mujer</i>	<i>El registro del sexo que se registre en la entrevista</i>	El sexo aparente en la entrevista Valores: Hombre Mujer
Edad actual	<i>De ajuste Intervalar</i>	<i>Tiempo que un ser ha vivido, edad cronológica en años</i>	<i>Años cumplidos que el sujeto indique en el momento del estudio</i>	Pregunta Valores: Años cumplidos
Escolaridad	<i>De ajuste Intervalar</i>	<i>Número de años que aprobó un sujeto mayor a 15 años en el Sistema Educativo Nacional</i>	<i>Años de estudio completados desde el ingreso a la primaria</i>	Pregunta Valores: Años de estudio
Tiempo desde el diagnóstico de diabetes	<i>De ajuste Intervalar</i>	<i>Tiempo que un sujeto le fue indicado que padece Diabetes Mellitus 2 por parte de un médico con base en</i>	<i>Años que el sujeto reporte que tiene con el diagnóstico de DM2 en el momento de la</i>	Pregunta Valores: Años desde el diagnóstico

		<i>su evaluación clínica y pruebas de laboratorio.</i>	<i>entrevista</i>	
Tipo de tratamiento	<i>De ajuste Nominal</i>	<i>El plan de manejo que se haya indicado para cada paciente en particular para el control de la DM2</i>	<i>Lo indicado en el expediente clínico y lo que el sujeto en cuestión asegure que es su tratamiento indicado</i>	Pregunta del Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición (Pérez, 1997) Valores: Dieta y ejercicio solo Dieta y ejercicio + Hipoglucemiantes orales Dieta y ejercicio + Insulina Dieta y ejercicio + Hipoglucemiantes + Insulina

Instrumentos de Medición

- *Estilos de apego*

Los estilos de apego fueron medidos por el Cuestionario de Relaciones (Relationship Scale Questionnaire RSQ), desarrollado por Griffin y Bartholomew en 1991 y que consta de 30 ítems que buscan medir diferentes formas de relacionarse con otros, con base en la teoría del apego desarrollada por los mismos autores, la cual describe 4 estilos de apego: seguro, temeroso, preocupado y evitativo (Bartholomew & Horowitz, 1991). Cada estilo de apego consta de dos dimensiones independientes, la positividad en el modelo del yo y la positividad en el modelo del otro y este instrumento también puede describir como se comportan estas 2 dimensiones. Las 4 subescalas de los estilos de apego son medidas por medio de 17 ítems que se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos y el puntaje de cada subescala resulta del promedio de sus reactivos componentes (Anexo IV).

Es un instrumento con una escala de salida cuasidimensional, en la que hay 2 formas de calificación. La que se utilizó en este estudio consta de 4 subescalas que se califican de forma independiente y cada sujeto tiene una calificación para los 4 estilos de apego. Este tipo de calificación permite conocer de forma más precisa la variabilidad individual que se perdería si los sujetos se categorizaran en un solo estilo de apego, por ejemplo, 2 individuos que pertenecieran a la misma categoría pueden diferir en los patrones de calificación de cada

subescala de estilo de apego (Bartholomew & Horowitz, 1991). Los creadores proponen que este instrumento es útil para evaluar los estilos de relación en general, las relaciones románticas o una relación en particular en sujetos adultos (Bartholomew & Horowitz, 1991). Se han realizado estudios de investigación utilizando esta escala en contexto hospitalario, ambulatorio y de atención primaria, además de ser la más utilizada en pacientes diabéticos (Paul Ciechanowski & Katon, 2006; Paul Ciechanowski et al., 2004; Paul S Ciechanowski et al., 2002).

Buscando evaluar la confiabilidad del instrumento, Kurdek en el 2002 realizó un estudio en 164 parejas tanto homosexuales como heterosexuales que buscó la consistencia interna entre las subescalas de salida según las diferentes escuelas de los estilos de apego. Acorde a la teoría de Hazan y Shaver de 3 estilos de apego, la subescala de apego seguro muestra una alpha de Chronbach de 0.50, la de apego preocupado 0.83 y la de apego evitativo 0.77. Estas subescalas son equivalentes a las de apego seguro, preocupado y evitativo según la teoría de Bartholomew y Horowitz, sin embargo, no se muestra el alpha de Chronbach para la subescala de apego temeroso (Kurdek, 2002). Este autor también midió la estabilidad a un año en los mismos sujetos, valorando los puntajes para el modelo interno del yo (correlación de 0.61) y para el modelo interno del otro (correlación de 0.67). No se especifica si el instrumento fue aplicado por los mismos observadores u otros y no se reportan coeficientes de concordancia Kappa (Kurdek, 2002).

Por otra parte, Turán en el 2003 evaluó a 94 pacientes turcos con diabetes mellitus que acudían a atención primaria, buscando la consistencia interna para las subescalas de apego evitativo (Chronbach 0.51) y de apego temeroso (Chronbach 0.60) y concluye que la razón por la que no se obtienen puntajes altos, es que cada estilo combina 2 dimensiones independientes teóricamente (modelos del yo y del otro) (Turan et al., 2003). No se encontraron otros reportes de variabilidad intra o interobservador para las 4 subescalas de estilos de apego según el modelo de Bartholomew y Griffin.

En México no ha sido utilizado este instrumento, sin embargo se decidió utilizarlo en este estudio debido a que evalúa los 4 estilos de apego de la teoría de Bartholomew y Griffin y a que es el instrumento que ha sido utilizado para medir los estilos de apego en pacientes diabéticos a nivel internacional.

En esta investigación se realizó la traducción de los 17 ítems y se aplicó el instrumento a 44 estudiantes entre 18 y 29 años de edad y a 20 pacientes diabéticos, antes de aplicar el instrumento al total de la muestra. Los puntajes promedio obtenidos para cada subescala fueron: apego seguro: 14.7, apego preocupado: 11.05, apego evitativo: 16.3, apego temeroso: 9.7 (Rango 4 a 25). El alfa de Chronbach del instrumento aplicado en los pacientes diabéticos fue de 0.61. Este piloto llevó a la decisión de hacer pequeñas modificaciones en el lenguaje de los reactivos 5 y 14, así como de la forma de calificación quedando en una escala tipo Likert con los valores: nada, un poco, más o menos, mucho y muchísimo.

- *Cumplimiento Terapéutico, Conocimiento de la enfermedad y Tipo de tratamiento:*

Para la medición de esta variable se utilizó el instrumento adaptado en México por Pérez Saleme, quien lo nombró Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición (Pérez, 1997) y que está basado en el instrumento original en inglés, llamado Diabetes Knowledge Assessment Scale. Éste último fue elaborado por Dunn y colaboradores (Dunn, Janet, & M, 1984) con la finalidad de conocer de forma rápida y confiable el conocimiento sobre la enfermedad y el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos. Inicialmente se escogieron 89 ítems derivados de una búsqueda bibliográfica y de contribuciones realizadas por médicos, enfermeras y educadores en diabetes de la Clínica de Diabetes del Royal Prince Alfred Hospital en Australia. Posteriormente, se realizó un estudio piloto con 300 pacientes diabéticos de esta misma clínica, tras lo que se redujo el cuestionario a 40 reactivos de opción múltiple y finalmente, se hizo un estudio de confiabilidad en 56 sujetos encontrando un alfa de Cronbach de 0.92. La dificultad de los reactivos se mantuvo en un rango de 0.14 a 0.93 con 35 ítems en el rango aceptable de 0.30 a 0.90. Los coeficientes de discriminación por ítem fueron entre 0.15 y 0.73, con todos los coeficientes positivos.

Finalmente se eliminaron 5 ítems debido a una dificultad inaceptablemente baja o a coeficientes de discriminación muy bajos (<0.20) (Dunn et al., 1984).

En 1997 Pérez Saleme en México, seleccionó preguntas de este cuestionario y lo modificó conforme a los intereses de su estudio, resultando en un cuestionario de 27 preguntas (Pérez, 1997). Con el fin de evaluar la comprensión del cuestionario y su tiempo de aplicación, se efectuó un estudio piloto en 8 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Nutrición portadores de Diabetes Mellitus 2. Este cuestionario incluye 27 preguntas, que se agrupan en dos subescalas: conocimiento de la enfermedad y apego al tratamiento. El cumplimiento terapéutico se mide con una escala compuesta que evalúa aspectos como el cumplimiento de citas, dieta, ejercicio y toma de medicamentos; genera una calificación total de 0-4, con 0 puntos para el peor cumplimiento y 4 como el máximo cumplimiento. Además, tiene una escala global consistente en un reactivo de autoevaluación global del cumplimiento, en el que el sujeto se califica de 0-10 puntos (Pérez, 1997) (Anexo III).

El conocimiento de la enfermedad muestra el grado de información que el paciente tiene sobre su enfermedad. Se mide por una escala compuesta que va de 0-10 y evalúa conocimientos como la cifra normal de glucosa, los síntomas de hipoglucemia y el autocontrol y por una escala global que consta de un reactivo adicional para evaluar de forma global el conocimiento (¿cómo calificaría su conocimiento sobre la diabetes?) con una puntuación de 0-10, en ambos casos 0 es la peor calificación y 10 la máxima obtenible (Pérez, 1997).

Este cuestionario ha sido empleado en México en otros estudios con pacientes diabéticos que buscan evaluar el cumplimiento al tratamiento, conocimiento de la enfermedad y otros factores como calidad de vida en este grupo de pacientes (Arcega-domínguez et al., 2005).

- *Depresión*

La presencia de síntomas depresivos se midió con el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ 9) creado por Kroenke y Spitzer en el 2002 (Kroenke & Spitzer, 2002) (Anexo V). La escala de depresión del PHQ, actualmente llamado PHQ9 consiste en los nueve criterios en los que se basa el diagnóstico de depresión mayor según el DSM IV y es parte del PHQ (Patient Health

Questionnaire) que es una versión auto aplicable del PRIME-D (Primary care evaluation of mental disorders), instrumento desarrollado para realizar diagnósticos de 5 trastornos comunes del DSMIV: trastornos afectivos, de ansiedad, somatomorfos, trastornos por uso de alcohol y de la conducta alimentaria. Este instrumento fue diseñado por Spitzer y colaboradores en 1994 (Spitzer, Williams, Kroenke, & Linzer, 1994) y fue validado en 2 largos estudios con 3000 pacientes en 8 clínicas de atención en el primer nivel (Kroenke & Spitzer, 2002). El PHQ 9 tiene 2 propósitos, ya que puede dar un diagnóstico provisional de depresión así como dar el grado de severidad de los síntomas. Sus puntajes van del 0 al 27 y sus puntos de corte son 5, 10, 15 y 20 que representan síntomas depresivos ausentes, leves, moderados, medianamente severos y severos respectivamente. Si se usa de forma diagnóstica, se recomienda un punto de corte de 10 o mayor, con el que se obtiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 88% para el diagnóstico de depresión mayor, además de una razón de probabilidad positiva de 7:1 (los pacientes deprimidos tienen 7 veces más posibilidades de tener un puntaje de 10 o mayor que aquellos no deprimidos). Usando análisis ROC (Receiver operating characteristic), el área bajo la curva para el diagnóstico de depresión mayor del PHQ-9 es de 0.95 (siendo que un área de 1 representa un instrumento perfecto) (Kroenke & Spitzer, 2002).

- *Apoyo Social*

El grado de apoyo social se midió con la Escala de Apoyo Social en Diabetes (Diabetes Social Support Scale) que fue creada por Charron- Prochownik en 1991 como parte de una tesis doctoral (Charron-Prochownik, 1991) (Anexo VI). Es un instrumento que mide la percepción del apoyo social deseado y recibido por parte de los proveedores de salud, familia y amigos en relación con la diabetes. Consta de 4 subescalas (actividades del tratamiento, información del tratamiento, escucha empática y aprobación del esfuerzo del paciente). La consistencia interna de estas 4 subescalas es de 0.75, 0.68, 0.63 y 0.74 respectivamente (Welch, Jacobson, & Polonsky, 1997).

Este instrumento se ha utilizado en pacientes diabéticos mexicanos para evaluar el apoyo social recibido y la calidad de vida por ser un instrumento corto, confiable y de fácil aplicación (Arcega-domínguez et al., 2005). Para este estudio se utilizaron las 4 preguntas que evalúan la

percepción del apoyo social recibido de tipo instrumental (Pregunta 1), por parte del equipo de salud (Pregunta 2), la escucha empática (Pregunta 3) y el grado de aprobación (Pregunta 4). Cada una de las cuatro preguntas es calificada de 0-5 y a mayor puntuación obtenida, es mejor el nivel de apoyo social que el paciente percibe.

- *Edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico de diabetes y escolaridad*

Se midieron por medio de preguntas diseñadas para tal fin como ¿cuántos años cumplidos tiene usted?, ¿desde hace cuanto tiempo le diagnosticaron diabetes? ¿hasta que año de la escuela estudió? Se registrará el sexo aparente al momento de la entrevista (Anexo II).

Procedimiento

Con la finalidad de disminuir los sesgos en cuanto al cumplimiento terapéutico (asistencia a citas) se intentó seleccionar aleatoriamente a los sujetos que constituirían la muestra con base en el registro de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) en donde se llevó a cabo el estudio. Para esto se obtuvo el censo de los pacientes diabéticos de dicha Unidad, encontrándose un total de 9034 pacientes. Posteriormente, se generó una lista de números aleatorios y se intentó contactar a los pacientes seleccionados. Sin embargo, no se pudo obtener la información de la fecha de las citas de dichos pacientes y al cabo de 3 semanas sólo fue posible contactar a 2 de los pacientes seleccionados, por lo que se concluyó que este método sería improcedente para recolectar la muestra en los tiempos establecidos para esta maestría. Por tanto se decidió aleatorizar los consultorios y los turnos de la clínica (30 consultorios con 2 turnos cada uno). Este método en la práctica también resultó inconveniente concluyendo que sería poco factible entrevistar a los 200 sujetos que constituirán la muestra, por lo que finalmente se decidió obtener una muestra por conveniencia. Otros autores de estudios similares a éste han seleccionado muestras por conveniencia (Paul Ciechanowski et al., 2004; P. Ciechanowski et al., 2010; Paul S Ciechanowski et al., 2002; P S Ciechanowski et al., 2001).

Los días de entrevista se acudió a la sala de espera de los consultorios y se registró el número de pacientes con diabetes mellitus 2 citados ese día. Previo a su consulta o al terminar

esta, la entrevistadora se acercó a los sujetos y les invitó a participar en el estudio, explicándoles los objetivos del mismo y en qué consistía su participación, se leía junto con ellos la carta de consentimiento informado y se aclaraban dudas. Aquellos que aceptaron participar firmaron la carta de consentimiento informado y la entrevistadora aplicó los instrumentos de medición. Si durante o al final de la entrevista, el sujeto manifestaba alguna duda, ésta se resolvía y finalmente la entrevistadora agradecía la participación y se despedía.

Análisis de los Resultados

Las variables “estilos de apego” y “cumplimiento terapéutico” se describieron con medias y medidas de dispersión. Se realizaron distribuciones de frecuencias para las variables de ajuste: conocimiento de enfermedad, depresión, apoyo social, sexo, edad, escolaridad, tipo de tratamiento y tiempo desde el diagnóstico de diabetes.

La fortaleza y dirección de la relación entre el cumplimiento terapéutico con el estilo de apego y variables de ajuste, se determinó con coeficientes de correlación de Spearman. Con las variables que resultaron significativas, se hizo un modelo de regresión lineal múltiple para determinar el peso de cada una en el grado de cumplimiento terapéutico. Se utilizó el programa estadístico STATA/SE 12.0.

Consideraciones Éticas

Esta investigación tiene valor social, debido a que la diabetes mellitus es un padecimiento crónico y es la primera causa de mortalidad en nuestro país, por lo que investigar cada uno de los factores implicados en el buen manejo de la enfermedad es benéfico para un amplio sector de la sociedad.

Para asegurar su valor científico se escogió una metodología cuantitativa en la que la tutora de este protocolo tiene amplia experiencia y se utilizaron instrumentos de medición adecuados para la población en estudio o se hicieron las adaptaciones necesarias. Se seleccionó a la muestra según los requisitos necesarios para cumplir con los objetivos de la investigación, como edad, diagnóstico, acceso a los medicamentos y tiempo con el padecimiento.

La selección de los sujetos para participar fue equitativa, ya que todos los participantes pertenecieron a una misma clínica de atención primaria y el criterio de selección fue tener el padecimiento a investigar (diabetes mellitus 2) y todos tuvieron el mismo acceso al tratamiento (por ser derechohabientes del IMSS). Fue importante asegurar el acceso al medicamento para que este factor no influyera en el cumplimiento terapéutico, de tal forma que la pregunta de investigación se pudiera contestar de manera pertinente. Esto responde al aspecto ético de justicia distributiva, donde la población estudiada se benefició de forma igualitaria y los sujetos corrieron riesgos similares.

Basado en el principio de autonomía, se cuidó el respeto por las personas mediante la garantía de que la participación fue totalmente libre y voluntaria, y que podían retirarse del estudio en el momento en que ellos así lo decidieran, sin que esto conllevara ningún tipo de consecuencia negativa para ellos (Anexo I). Se ha procurado un cuidado estricto de la forma de recolección de información y se aseguró la privacidad de los participantes y la confidencialidad de los datos. El acceso a los cuestionarios y sus respuestas sólo lo tuvo el investigador responsable y el entrevistador. La privacidad del participante no fue revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Por otra parte, la información no fue comunicada a ninguna otra persona ajena al estudio sin la autorización del participante.

Asimismo, se cuidó el bienestar de las personas, ya que si en el transcurso del estudio se identificaba que el sujeto padecía algún trastorno como depresión, se le informó y en caso de que él así lo deseara se le informó a su médico tratante para que le recibiera la atención apropiada. Por otra parte, la investigadora y entrevistadora está preparada para brindar la contención apropiada en caso de que el sujeto manifestara algún malestar emocional al momento de contestar los cuestionarios.

Esta investigación cumplirá con el deber ético de divulgar los hallazgos que produzca a toda la comunidad científica interesada, así como, en el centro de salud donde se lleve a cabo la investigación. Los sujetos podrán solicitar información acerca de sus evaluaciones y resultados del estudio al investigador responsable y éste podrá interpretárselos y darle un resumen en caso de que el participante lo solicite.

El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y siguió todas las recomendaciones que este dictaminó, siendo un comité totalmente independiente a la investigación propuesta, como lo dicta la Pauta 2, de las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre Seres Humanos (Pautas CIOMS 2002)

El presente estudio se trata de una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título II, Capítulo I, artículo 17) debido a que se aplicaron instrumentos de evaluación psicológica y clínica que se utilizan con frecuencia en la práctica médica convencional. A pesar de esto, se elaboró un consentimiento informado por escrito en el que se explicaron los objetivos y procedimiento de la investigación, los posibles beneficios y riesgos de la participación y se brindó información de contacto con los investigadores principales, según lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título II, Capítulo I, artículo 21)

Entre los posibles beneficios individuales de la participación en este estudio, fue el ayudar al participante a identificar la forma en que se relaciona con otras personas, así como la presencia de síntomas sugerentes de depresión. Sin embargo, el mayor beneficio a largo plazo de la investigación será para la población de diabéticos en general, ya que el estudio contribuye a entender mejor algunos factores que influyen sobre el cumplimiento del tratamiento prescrito, lo que se traduce en un mejor control de su enfermedad.

Riesgos potenciales: Es probable que algunas preguntas puedan llegar a incomodar a los participantes pero se les aseguró desde un inicio que eran completamente libres de no contestar y retirarse del estudio en el momento que lo desearan, sin ninguna repercusión negativa en su atención médica habitual.

Es imposible asegurar que se hayan contemplado todos los dilemas éticos potenciales de esta investigación, sin embargo, la investigadora expone su compromiso con el respeto a la dignidad de las personas y con un proceder óptimo y ético, con base en la deontología Kantiana, con estricto apego a los principios éticos indispensable en la investigación científica en humanos.

Resultados

Características Sociodemográficas

Se invitó a participar en el estudio a 223 sujetos, de los cuáles 211 aceptaron participar (porcentaje de respuesta 95%). Tuvieron una edad promedio de 54.1 años, la mayoría son casados o viven en unión libre y casi un tercio de los entrevistados son amas de casa con 8.6 años de escolaridad en promedio (Cuadro 3).

Cuadro 3. Características sociodemográficas

	<i>n</i>	%
SEXO		
<i>Mujer</i>	151	71.5
ESTADO CIVIL		
<i>Casado o en unión libre</i>	119	56.4
<i>Noviazgo</i>	1	0.47
<i>Separado o divorciado</i>	21	9.95
<i>Sin pareja</i>	43	20.3
<i>Viudo</i>	27	12.8
OCUPACIÓN		
Ama de casa	68	32.2
Empleado o profesional	67	31.7
No labora	34	16.11
Medio tiempo	21	9.9
Otros	21	9.8
	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
EDAD	54.1	8.64
ESCOLARIDAD (AÑOS)	8.6	4.03

Características clínicas de la Diabetes Mellitus 2

El promedio de años desde el diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 fue de casi 10 años y la mayoría de los sujetos recibió como tratamiento dieta y ejercicio más hipoglucemiantes orales y sólo una mínima fracción de los sujetos no recibieron medicamentos. La mitad de los

entrevistados refirieron tener alguna enfermedad comórbida siendo la más frecuente la Hipertensión Arterial Sistémica (Cuadro 4).

Cuadro 4. Características clínicas de la diabetes mellitus 2

	<i>Media</i>	<i>D.E. (rango)</i>
TIEMPO DESDE EL DX. DE DM2 (años)	9.8	7.6 (0.5-40)
	<i>n</i>	<i>%</i>
TIPO DE TRATAMIENTO		
Dieta + Ejercicio	3	1.4
Dieta y ejercicio + Hipoglucemiantes orales (HO)	161	76.3
Dieta y ejercicio + Insulina	7	3.3
Dieta y ejercicio + HO + Insulina	40	18.9
COMORBILIDAD		
Hipertensión únicamente	56	26.5
Hipertensión + Otra comorbilidad	20	9.5
Otras (no hipertensión)	30	14.2

Cumplimiento terapéutico de la DM2

La escala global de cumplimiento terapéutico tuvo una calificación promedio de 8.64 (rango, 1-10, D.E. 1.98), mientras que la escala compuesta que consta de la asistencia a citas, el ejercicio físico, el cumplimiento de dieta y la toma de medicamento tuvo un puntaje de 2.7 puntos (rango 1-4). Se definieron 2 categorías de acuerdo al porcentaje de cumplimiento terapéutico, resultando en “buen cumplimiento” como aquél mayor al 75% y “mal cumplimiento” como un cumplimiento menor a este porcentaje. Según este criterio se nota que la mayoría de los sujetos tuvieron “buen cumplimiento” al tratamiento. Para los análisis posteriores se decidió tomar en cuenta solamente el puntaje obtenido en la escala compuesta ya que tuvo una correlación de 0.41 ($p < 0.001$) con la escala global. Dentro de los componentes del cumplimiento terapéutico, el ejercicio físico fue el que tuvo un puntaje menor, mientras que la asistencia a citas el que tuvo una mejor calificación (Cuadro 5).

Cuadro 5. Cumplimiento terapéutico de la diabetes mellitus 2

	<i>Media (rango)</i>	<i>D.E.</i>
Escala Compuesta	2.7 (1-4)	0.94
	<i>n</i>	<i>%</i>
Buen cumplimiento (>75%)	127	60.2
Asistencia a citas	197	93.3
Toma de medicamento	131	62.09
Cumplimiento de dieta	166	78.6
Ejercicio físico	72	34.1

Estilos de apego

Se encontraron puntajes promedios similares en las 4 escalas de estilos de apego, siendo ligeramente mayor el apego evitativo, seguida por el apego seguro, el preocupado y en último lugar el temeroso como se observa en el Cuadro 6. El instrumento mostró un alfa de Chronbach de 0.64 al aplicarse al total de la muestra.

Cuadro 6. Estilos de apego

	<i>Media</i>	<i>D.E. (rango 1-5)</i>
Seguro	3.02	0.60
Preocupado	2.81	0.77
Temeroso	2.31	0.89
Evitativo	3.15	0.68

Conocimiento de la enfermedad, depresión y apoyo social.

Respecto al conocimiento de la enfermedad, se encontró que la media de calificación de la Escala Global de Conocimiento de la Enfermedad tuvo una calificación promedio de 6.48 (D.E. 2.42), mientras que la Escala Compuesta de Conocimiento de la Enfermedad tuvo un promedio de 7.34 (d.e. 1.86) como se observa en el cuadro 7. Para los análisis posteriores se utilizó únicamente la Escala Compuesta del Conocimiento de la Enfermedad ya que ambas mostraron una correlación 0.52 ($p < 0.001$)

El puntaje promedio del PHQ9 (Kroenke & Spitzer, 2002) para medir sintomatología depresiva fue de 6.76 (d.e. 6.14) en un rango de 0 a 27 puntos. Al categorizar a los pacientes

según la gravedad de los síntomas de acuerdo con los criterios definidos Kroenke & Spitzer se vió que casi la mitad de los pacientes no tuvieron síntomas depresivos (PHQ9 < 5 puntos) y menos del 5% tuvieron síntomas graves (PHQ9 > 20puntos). En los análisis siguientes se utilizó el puntaje total de del PHQ9 como calificación de la variable depresión.

El promedio para la Escala de Apoyo Social en Diabetes fue de 10.9 con un rango de 4 a 20 (Cuadro 7), siendo el apoyo brindado por el equipo de salud el que tuvo una calificación ligeramente mayor como se ve en el cuadro 7.

Cuadro 7. Conocimiento de la enfermedad, depresión y apoyo social

	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
Conocimiento de la enfermedad*	7.34 (rango 1-10)	1.86
	<i>n</i>	<i>%</i>
Síntomas depresivos:		
<i>Ausentes</i>	99	46.2
<i>Leves</i>	52	24.6
<i>Moderados</i>	35	16.5
<i>Moderadamente grave</i>	15	7.11
<i>Grave</i>	10	4.7
	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
Apoyo Social	10.9 (rango 4-20)	3.9
Apoyo instrumental	2.7	1.5
Equipo de salud	2.9	1.3
Escucha empática	2.6	1.3
Aprobación	2.5	1.3

*Escala compuesta del conocimiento de enfermedad del Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición

Relación entre Cumplimiento terapéutico y variables predictoras

El cumplimiento terapéutico se relacionó significativamente con el apego temeroso, los síntomas depresivos, el conocimiento de la enfermedad y el apoyo social. Respecto a los componentes del cumplimiento terapéutico, el ejercicio físico se relacionó con el apego temeroso, la depresión y el apoyo social, mientras que la toma de medicamentos y la dieta se relacionaron con el conocimiento de la enfermedad. Ninguna de las variables sociodemográficas se relacionó con el cumplimiento terapéutico como se observa en el cuadro 8.

En cuanto a los estilos de apego se encontró relación positiva entre los estilos de apego inseguros (Preocupado, Evitativo y temeroso) y los síntomas depresivos. En particular, los

apegos preocupado y temeroso se relacionaron con baja escolaridad, y el apego evitativo con ser mujer y con el estado civil (no tener pareja) (Cuadro 9).

Cuadro 8. Correlación entre cumplimiento terapéutico y sus componentes con los estilos de apego y variables de ajuste

	Cumplimiento Terapéutico	Dieta	Ejercicio	Toma de Medicamentos	Asistencia a citas
Apego Seguro	0.07	0.02	0.03	0.09	0.0
Apego Preocupado	-0.02	0.05	0.02	-0.11	-0.05
Apego Temeroso	-0.17*	-0.06	-0.20	-0.09	0.07
Apego Evitativo	-0.06	-0.03	-0.02	-0.02	-0.08
Conocimiento de la Enfermedad	0.27*	0.25*	0.11	0.20*	0.02
Depresión	-0.23*	-0.09	-0.24*	-0.11	-0.03
Apoyo social	0.16*	0.12	0.15*	0.00	0.09
Sexo	0.07	0.04	0.03	0.08	0.00
Edad	0.04	-0.01	0.02	0.11	0.06
Estado Civil (con pareja)	0.09	0.06	0.08	0.01	0.03
Ocupación (tiempo completo o ama de casa)	-0.00	0.00	-0.05	-0.01	0.05
Escolaridad	0.12	0.08	0.13	0.09	-0.10
Tiempo desde el Dx	0.08	.04	0.00	0.10	0.09
Tipo de Tx	0.06	0.04	-0.03	0.08	0.12

Cuadro 9. Correlación entre los estilos de apego y variables de ajuste

	Apego Seguro	Preocupado	Temeroso	Evitativo
Conocimiento de la Enfermedad	0.003	-0.02	-0.06	0.05
Depresión	-0.20*	0.22*	0.37*	0.13*
Apoyo social	0.10	0.08	-0.11	-0.10
Sexo	-0.11	-0.11	0.06	0.20*
Edad	-0.00	-0.11	0.06	-0.03
Estado Civil (con pareja)	0.00	0.12	-0.04	-0.15*
Ocupación (tiempo completo o ama de casa)	-0.01	0.05	0.05	0.04
Escolaridad	0.05	-0.20*	-0.21*	0.12
Tiempo desde el Dx	-0.02	0.04	0.10	-0.08
Tipo de Tx	-0.07	0.03	0.03	0.01

Con el objetivo de determinar cuáles variables predicen el cumplimiento terapéutico considerando todas las variables en conjunto, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple stepwise forward en el que se incluyeron todas las variables que tuvieron correlación

significativa en el análisis bivariado. Se encontró que el modelo fue significativo y las variables predictoras que mantuvieron significancia fueron el conocimiento de la enfermedad, la depresión y el apoyo social.

Cuadro 10. Regresión lineal múltiple entre cumplimiento terapéutico y variables predictoras

Variables Predictoras	Variable Dependiente: Cumplimiento terapéutico	Coefficiente	t	p> (t)	Intervalos de confianza	
Conocimiento de la enfermedad		0.12	3.88	0.000	0.06	0.19
Depresión		-0.23	-2.17	0.031	-0.04	-0.00
Apoyo Social		0.03	2.20	0.029	0.00	0.06
Sexo		0.27	1.95	0.052	-0.002	0.54
Apego temeroso		-0.06	-0.79	0.428	-0.21	0.08
Apego evitativo		-0.10	-1.06	0.288	-0.28	0.08
Constante		1.50	3.23	0.001	0.58	2.42

$F(6,204)=6.11$, $p>F= <0.001$, $R2$ ajustada= 0.13

Posteriormente, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple usando como variables dependientes los componentes del cumplimiento terapéutico por separado (toma de medicamentos, cumplimiento de dieta, ejercicio y asistencia a citas) con las variables que resultaron significativas en la matriz de correlaciones, sin embargo ninguno de estos modelos resultó significativo.

Discusión

La Diabetes Mellitus 2 es un problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional, es la primera causa de mortalidad en México tanto en hombres como mujeres debido a sus múltiples complicaciones (Olaiz et al., 2006). Uno de los factores determinantes para el buen control metabólico del paciente diabético es que se adhiera a las indicaciones terapéuticas indicadas por el equipo de salud. Se sabe que múltiples factores tanto ambientales como psicológicos se ven involucrados en que un paciente cumpla o no con el tratamiento a largo plazo de la diabetes, por lo que el principal objetivo del presente estudio fue determinar si una característica psicológica estable en el tiempo como el apego psicológico interviene o no con el grado de cumplimiento al tratamiento del paciente diabético.

Esta muestra estuvo compuesta por sujetos con Seguridad Social (IMSS), predominantemente del sexo femenino en la sexta década de la vida, con nivel de escolaridad secundaria y laboraban de tiempo completo o se dedicaban al hogar. Estas características coinciden con las de otras poblaciones de diabéticos mexicanos con seguridad social (ISSSTE), dónde se observa mayor frecuencia de diabetes en mujeres con edad promedio de 60 años (Conrado Aguilar, Calderón Estrada, & Mello García, 2011). La escolaridad promedio de la muestra fue baja, ya que el promedio de años de educación formal fue de 8.6 años, correspondiente a secundaria incompleta, lo que es consistente con el nivel de escolaridad de otros estudios en diabéticos en México, donde la mayoría han cursado nivel primaria o secundaria incompleta (Conrado Aguilar, Calderón Estrada, & Mello García, 2011; Fanghänel Salmón, Sánchez-Reyes, Chiquete, De La Luz, & Escalante Herrera, 2011); (Durán-Varela, Rivera-Chavira, & Franco-Gallegos, 2001; Torres & Piña, 2010).

En cuanto a las características clínicas de la Diabetes Mellitus, los participantes tuvieron en promedio 10 años desde el diagnóstico de diabetes y la mayoría eran tratados con medicamentos hipoglucemiantes, siendo un bajísimo porcentaje (1.4%) el que únicamente era tratado con dieta y ejercicio, a pesar de que las guías de tratamiento indican que la primera línea de tratamiento para la Diabetes Mellitus 2 debe ser dieta y ejercicio físico exclusivamente (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA02-2010 para la Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes Mellitus 2). Este tipo de práctica clínica también ha sido observada por otros autores en México. Algunos estudios reportan que sólo el 5% de los diabéticos son tratados solamente con dieta y ejercicio y hasta el 70% recibe hipoglucemiantes orales (Fanghänel Salmón, Sánchez-Reyes, Chiquete, De La Luz, & Escalante Herrera, 2011).

La mitad de los sujetos entrevistados presentó alguna comorbilidad, mayoritariamente hipertensión arterial sistémica, lo que concuerda con la frecuencia de comorbilidad entre diabetes e hipertensión arterial reportadas por otros autores. (Ali et al., 2006); (Fanghänel Salmón et al., 2011).

Un alto porcentaje de los participantes (60%) tuvo un buen cumplimiento al tratamiento prescrito, según el autorreporte. En México, se han encontrado frecuencias similares de cumplimiento al tratamiento (54%), con énfasis en la toma de medicamentos medida por el conteo de tabletas en el domicilio del paciente (Durán-Varela et al., 2001). Sin embargo, dichos porcentajes de cumplimiento contrastan con otros estudios nacionales en los que se observa que casi ningún paciente cumple con las metas del tratamiento planteadas por la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes Mellitus 2 (Conrado Aguilar, Calderón Estrada, & Mello García, 2011).

Por otra parte, en poblaciones con diferentes características (pacientes alemanes) y con diferentes sistemas de salud, se han mostrado excelentes niveles de cumplimiento del tratamiento, con más del 80% de los sujetos que cumplen correctamente las indicaciones médicas (Fürthauer, Flamm, & Sönnichse, 2013).

Con respecto a los componentes específicos del cumplimiento, el que resultó tener mejor calificación fue la asistencia a citas, mientras que el ejercicio físico fue el elemento que los pacientes cumplían menos. En otro estudio también se ha reportado que el ejercicio físico es lo que los pacientes realizan con menor frecuencia como parte de su tratamiento, mientras que lo que más cumplen es la toma de medicamentos, aunque no se reporta el grado de asistencia a citas (Torres & Piña, 2010). Diversos autores corroboran que el ejercicio físico es la indicación médica que los pacientes tienen más dificultades en cumplir, mostrando frecuencias tan bajas como sólo 5% de sujetos que se ejercitan (Fanghänel Salmón et al., 2011); (Ortiz, Ortiz, & Gatica, 2011).

Esta muestra mostró un grado de conocimiento sobre diabetes aceptable, con un promedio de aciertos a las preguntas sobre diabetes del 70%, lo que contrasta con la alta frecuencia de un bajo conocimiento de la enfermedad (61% de los sujetos) según lo reportado por otros autores en México (Durán-Varela et al., 2001). Es probable que este hallazgo sea debido a que el presente estudio se realizó en pacientes derechohabientes del IMSS, dónde se

cuenta con programas establecidos desde hace varios años sobre educación en diabetes y promoción de la salud (Secretaría de Salud, 2008).

Se encontró que más de la mitad de los participantes (53.8%) manifestó la presencia de síntomas depresivos de alguna intensidad, lo que coincide con la literatura científica que muestra que la prevalencia de depresión en adultos diabéticos es de casi el doble que en aquellos que no tienen diabetes (Ali et al., 2006). Este panorama se ensombrece al revisar la evidencia que sugiere que la depresión es subdiagnosticada en los pacientes con diabetes (Colunga-Rodríguez et al., 2008; Díaz-rodríguez, Reyes-morales, López-caudana, Caraveo-anduaga, & Atrián-salazar, 2006), tal vez como consecuencia de que los médicos del primer nivel de atención en salud (aquellos que atienden a la mayor parte de la población diabética en México) están poco sensibilizados a los problemas de salud mental, además de que la alta carga de trabajo y las frecuentes comorbilidades en el diabético, dificulta la detección de un trastorno como la depresión (Berenzon Gorn, Saavedra Solano, & Medina-Mora Icaza, 2013) (Borges, Medina-Mora, & Wang, 2006).

El grado de apoyo social percibido en los sujetos que participaron en este estudio fue bueno, siendo el mejor calificado aquél que perciben por parte del personal de salud. En México también se han encontrado altos niveles de apoyo social percibido por el diabético, alcanzando puntajes máximos en las escalas utilizadas para tal fin (Torres & Piña, 2010) y altos grados de satisfacción con la relación médico paciente (Ríos-Álvarez, Acevedo-Giles, & González-Pedraza, 2011); (Torres & Piña, 2010).

La hipótesis principal del estudio acerca de la influencia del estilo de apego sobre el grado de cumplimiento terapéutico en el diabético, tomando en cuenta otras variables como el conocimiento de la enfermedad, la depresión y el grado de apoyo social, no pudo ser comprobada por medio de los análisis multivariados. Este hallazgo puede tener varias explicaciones. Los presupuestos de este trabajo se basaron en los estudios del grupo de trabajo de la Universidad de Seattle, liderado por el Dr. Ciechanowsky, que reportan la influencia

negativa del estilo de apego evitativo sobre el cumplimiento terapéutico en los pacientes con diabetes mellitus 2 debido al probable descuido que pueden tener los pacientes evitativos de su tratamiento si requiere una relación estrecha de dependencia con otros (Paul Ciechanowski et al., 2004; P. Ciechanowski et al., 2010; P. S. Ciechanowski, 2002; Paul S Ciechanowski et al., 2006). Sin embargo, dentro de la literatura revisada, sólo se encontró otro trabajo sobre este tema realizado por otro equipo de investigación en sujetos turcos (Turan et al., 2003), por lo que resulta difícil extrapolar esta relación a otras poblaciones y es probable que las conclusiones a las que llegan estos autores sólo sean representativas del tipo de población que ellos estudian. Por tanto, el presente estudio resulta novedoso, al reportar que en mexicanos no se pudo comprobar la relación entre el estilo de apego y el cumplimiento terapéutico en diabéticos reportada previamente.

En los análisis bivariados, se observó una relación modesta pero significativa entre el estilo de apego temeroso y el grado de cumplimiento terapéutico, particularmente sobre el ejercicio físico, dato que no ha sido reportado previamente en la literatura. Retomando la definición del estilo de apego temeroso según Bartholomew & Horowitz, sabemos que se compone de un modelo de trabajo interno en el cual tanto el concepto de sí mismo como el de los demás es negativo y amenazante, en contraposición con el estilo de apego evitativo, en donde el esquema de sí mismo es positivo (Bartholomew & Horowitz, 1991). Un mal autoconcepto puede influenciar negativamente la toma de decisiones que conlleven a un buen cumplimiento del tratamiento y eleva el nivel de estrés psicológico, lo que se ha visto que impacta negativamente el buen cumplimiento del tratamiento, que puede implicar demandas como cambios conductuales a largo plazo que el sujeto perciba como inalcanzables o amenazantes (Torres & Piña, 2010). Por otra parte, se ha reportado que el grado de conocimiento de uno mismo influye positivamente en un mejor cumplimiento del tratamiento y control glucémico (Granados & Escalante, 2010), por lo que un autoconcepto ambivalente o amenazante como el que constituye el apego temeroso puede mermar el grado de cumplimiento. Sabemos que los rasgos de personalidad de los individuos cambian de una cultura a otra (Díaz Guerrero, 1982) y los mexicanos vivimos en una cultura en la que ser

aceptado socialmente es determinante para tener un autoconcepto claro y adecuado (Díaz Guerrero, 1982; Valdéz Medina, 2005), creando una situación de dependencia afectiva en las interacciones sociales, en donde un sentimiento de abandono resulta intolerable para la estabilidad y bienestar del autoconcepto (Rodríguez, 1977).

Un aspecto a considerar, son las dificultades en la medición del estilo de apego. En México, se ha medido primordialmente de forma cualitativa (Córdova & Lartigue, 2004; Kurdek, 2002; Márquez Domínguez, Rivera Aragón, & Reyes Lagunes, 2009) y crear o adaptar un instrumento de tipo cuantitativo, factible de usar en estudios con muestras mayores, ha sido un desafío complicado, en parte por el grado de abstracción del concepto mismo de apego. En general, la medición del apego en población mexicana está circunscrita a poblaciones con condiciones especiales como personas con psicopatología o miden el apego hacia personas específicas como la pareja o los hijos (Córdova & Lartigue, 2004; Márquez Domínguez et al., 2009) y hasta ahora, no se han realizado estudios que analicen el estilo de apego en personas con enfermedades crónicas como la diabetes.

Por otra parte, algunos otros estudios que examinan la influencia de otras variables psicológicas como estilos de personalidad y de afrontamiento sobre el cumplimiento al tratamiento de diabéticos, tampoco han encontrado relaciones significativas (Granados & Escalante, 2010), lo que es un ejemplo de la dificultad de documentar científicamente la influencia de variables psicológicas complejas, como el estilo de apego, sobre conductas como la adherencia a un tratamiento prescrito a largo plazo como sucede en la diabetes. Incluso existen reportes en dónde hasta el 65% de sujetos con enfermedades crónico degenerativas no supieron dar una explicación clara de las razones por las que habían suspendido el tratamiento, lo que sugiere que factores difíciles de identificar para el sujeto, tal vez falta de educación o procesos psicológicos complejos, pueden interferir con las conductas de autocuidado, fundamentales para un buen cumplimiento terapéutico (Fürthauer et al., 2013).

Una de las variables que sí predijo consistentemente el cumplimiento terapéutico fue el grado de conocimiento de la enfermedad. Otros estudios han demostrado también la influencia positiva que tiene un alto nivel de conocimientos acerca de la diabetes sobre el buen cumplimiento de las indicaciones médicas (Granados & Escalante, 2010); (Durán-Varela et al., 2001). Por tanto, este estudio aporta evidencia para sustentar la importancia de mantener y crear más programas de educación en diabetes y su prevención para sujetos en riesgo de desarrollarla. Asimismo, otros estudios en donde hay ausencia de intervenciones educativas en personas con diabetes han mostrado tasas muy bajas de cumplimiento de metas terapéuticas, aunque otros estudios no corroboran esta relación (Conrado Aguilar et al., 2011).

El grado de depresión fue otro de los predictores de un mal cumplimiento terapéutico, tal como ha sido documentado en la literatura. Se sabe que el riesgo de morir se duplica en aquellos pacientes diabéticos deprimidos en comparación con aquellos no deprimidos, lo que puede tener varias explicaciones como un mayor riesgo cardiovascular por una desregulación en los marcadores de inflamación sistémica aunado a que la depresión afecta negativamente la ejecución de conductas de autocuidado, fundamentales para un buen cumplimiento terapéutico (W. J. Katon et al., 2005; Pan et al., 2011). Más allá de lo anterior, se crea un círculo vicioso ya que las complicaciones por diabetes, causadas en primera instancia por un pobre cumplimiento terapéutico y un mayor tiempo con el diagnóstico de diabetes, aumentan la probabilidad de padecer depresión en esta población ya de por sí vulnerable (García Pacheco, 2012).

Finalmente, los niveles altos de apoyo social percibido por los sujetos también fueron predictores consistentes del grado de cumplimiento terapéutico, lo que es congruente con el acervo de publicaciones que muestra que este factor influye directamente en las conductas de autocuidado en sujetos con enfermedades crónicas (Arcega-domínguez et al., 2005; Callaghan & Morrissey, 1993; DiMatteo & Robin, 2004; Glazier et al., 2006; Ortiz et al., 2011). Dentro de los diferentes tipos de apoyo social, el apoyo social práctico es el que más influye en las conductas de cumplimiento (DiMatteo & Robin, 2004). En el presente estudio encontramos que

el apoyo percibido por parte del personal de salud fue el que obtuvo puntajes más altos, lo que pudo haber influenciado positivamente al cumplimiento ya que existe evidencia de que la satisfacción con la relación médico-paciente influye positivamente en el control glucémico (Ríos-Álvarez et al., 2011); (Torres & Piña, 2010) Sin embargo, existen otros estudios que no corroboran esta relación (Ortiz et al., 2011).

Limitaciones

La muestra de este estudio se obtuvo por conveniencia, lo que sabemos puede limitar la generalización de los hallazgos, sin embargo, las características sociodemográficas de esta muestra coinciden con lo reportado en otras investigaciones con sujetos diabéticos con Seguridad Social.

El instrumento utilizado para medir el constructo de estilo de apego fue utilizado por primera vez en México y a pesar de que como parte de este estudio se adaptó a la población a estudiar, se desconocen otras propiedades psicométricas del instrumento lo que podría conllevar a imprecisiones en la discriminación de los diferentes estilos de apego.

El cumplimiento terapéutico fue medido por autorreporte, lo que no es una medida objetiva como lo es el control metabólico definido como una HbA1c <7% y puede no reflejar lo que el paciente realmente hace. Sin embargo, otros estudios en México que han usado a la HbA1c como medida de control metabólico (y de forma indirecta de cumplimiento terapéutico) han tenido dificultades, ya que únicamente la mitad de los expedientes revisados contaban con este parámetro (Fanghänel Salmón, Sánchez-Reyes, Chiquete, De La Luz, & Escalante Herrera, 2011), a pesar de que la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y control de la diabetes mellitus 2 indica que todos los pacientes diabéticos tienen que contar con una medición de HbA1c anual (Diario Oficial de la Federación, Noviembre 2010). Más allá, la HbA1c no discriminaría las conductas del paciente que llevan a un buen o mal control metabólico, por lo que sería difícil ver el impacto que pueden tener factores psicológicos del paciente sobre sus

actitudes y conductas involucradas en el cumplimiento terapéutico, lo que fue el principal objetivo de este estudio.

Conclusión

El presente estudio no comprobó en el modelo multivariado una relación entre el estilo de apego y el cumplimiento del tratamiento de la diabetes mellitus 2. Al ser el primer trabajo en México y Latinoamérica que estudia este tema, es relevante considerar con detenimiento este hallazgo, sin embargo será necesario profundizar la investigación sobre la relación entre estos dos constructos y sobre la medición del estilo de apego en escenarios de investigación cuantitativa en nuestra población.

Por otro lado, se mostró que un buen conocimiento acerca de la enfermedad y un alto grado de apoyo social percibido mejora el cumplimiento al tratamiento de sujetos que padecen diabetes mellitus 2, mientras que la presencia de síntomas depresivos lo empeora. Asimismo, sugiere que el estilo de apego temeroso puede influir negativamente sobre el cumplimiento terapéutico, aunque esta asociación se pierde al analizar en conjunto otras variables.

Estos hallazgos dan sustento a la importancia de reforzar y ampliar la cobertura de los programas de educación al paciente con enfermedades crónicas, como la diabetes, tanto en temas de prevención, como en diagnóstico y pronóstico, así como las consecuencias de no cumplir con el tratamiento prescrito. Asimismo, es primordial trabajar en la detección oportuna y tratamiento temprano de la depresión, brindando educación sobre los síntomas depresivos tanto a pacientes como a médicos del primer nivel de atención, ya que esta comorbilidad afecta negativamente al pronóstico del sujeto diabético.

De igual forma hay que promover las relaciones familiares y sociales gratificantes y fortalecer programas de apoyo social para los pacientes con enfermedades crónicas como los Grupo de Ayuda Mutua (Diario Oficial de la Federación, Noviembre 2010) ya que el sujeto

podrá, dentro de estas redes de apoyo, solventar algunos obstáculos en el cumplimiento de su tratamiento.

Tener un mal cumplimiento del tratamiento de la diabetes conlleva a un mal control metabólico lo que se traduce en complicaciones multisistémicas, mayor mortalidad y mayor número de hospitalizaciones e incapacidad lo que repercute en la carga de morbilidad por esta enfermedad tan prevalente, aumentando sus costos de atención.

ANEXOS

I. Consentimiento Informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN :

Estilos de apego y cumplimiento terapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus 2

Mi nombre es Rina Zelaya, investigadora responsable del presente estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio tiene como finalidad encontrar si la forma en la que las personas se relacionan con los demás, llamada “estilos de apego” influye en cómo cumplen con el tratamiento de enfermedades como la diabetes mellitus 2. Este estudio se justifica debido a la alta frecuencia de esta enfermedad en nuestro país y a que necesita un tratamiento continuo y a largo plazo, por tanto es necesario investigar cómo nuestra forma de ser puede afectar que cumplamos el tratamiento o no. Este estudio ayudará a entender cómo nuestra forma de relacionarnos con otros ayuda o perjudica el que sigamos nuestro tratamiento.

A usted se le ha invitado a participar en este estudio debido a que ha sido diagnosticado con diabetes mellitus 2 desde hace por lo menos 6 meses y es tratado en una clínica familiar del IMSS, lugar donde se realizará este estudio.

Su participación consistirá en contestar unas preguntas realizadas por el investigador acerca de su relación con los demás y sobre su tipo de tratamiento y cómo lo lleva a cabo. Contestar estas preguntas tomará alrededor de 20 minutos y se le realizarán antes de pasar a consulta con su médico familiar. Es posible que el investigador revise algunos datos de su expediente médico como el tipo de tratamiento que usted recibe para la diabetes y desde cuando fue diagnosticado. Usted tiene la libertad de no contestar las preguntas que se le realicen si éstas le incomodan de alguna forma, asimismo puede interrumpir al investigador y preguntarle cualquier duda. Tras este procedimiento concluirá su participación en el estudio y podrá continuar con su atención médica habitual.

Cualquier información relevante que se obtenga durante este estudio le podrá ser proporcionada si así lo desea.

Beneficios: Su participación en este estudio podrá ayudarlo a identificar mejor las forma en que usted se relaciona con otras personas. Su participación es importante ya que podrá contribuir al conocimiento científico que los médicos tienen acerca de las personas que padecen Diabetes Mellitus.

Riesgos y Costos: Es probable que algunas preguntas le puedan llegar a incomodar y tiene usted total libertad de comunicárselo al entrevistador. Su participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

Su participación en este estudio es voluntaria y en el caso de que usted no desee participar en ella, puede retirar su consentimiento en cualquier momento y esto de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que usted recibirá.

Los cuestionarios no llevarán su nombre y sólo serán identificados con un folio exclusivo de la investigación. El acceso a los cuestionarios y sus respuestas, sólo lo tendrá el investigador responsable. Su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Además, para salvaguardar su anonimato, a sus datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente.

La Información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a su familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin su autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

- **Contacto.**

Si tiene alguna pregunta, puede contactar a los investigadores responsables de este estudio, Dra. Rina Zelaya Vásquez ó con la Dra. Clementina Rebollo de la UMF del IMSS a los teléfonos 55 47 55 10 al 19 ext. 21407

Formulario de Consentimiento:

He tenido junto con el Investigador responsable una entrevista clínica en donde se me informó de la investigación, su justificación, los objetivos y los procedimientos. He leído y comprendo la información que aquí se incluye y he recibido respuestas aceptables a todas mis preguntas. He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio. Mi identidad será resguardada, ya que los cuestionarios no llevarán mi nombre, respondiéndolos de forma confidencial y privada. Entiendo también que el retirar mi consentimiento a participar en este estudio no afectará negativamente mi atención médica.

Consiento voluntariamente a participar en este estudio llamado "Estilos de Apego y cumplimiento terapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus 2" .

Recibiré una copia del presente formulario de consentimiento con firma y fecha.

Firma del Paciente.

Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador.

Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1

Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2

Fecha

Nombre del Testigo

II. Cuestionario datos sociodemográficos

Folio: _____ Iniciales
: _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: Masculino (1) Femenino (2)

Estado Civil: (0) Sin pareja (3) Casado (6) Separado
(1) Noviazgo (4) Divorciado
(2) Unión Libre (5) Viudo

Escolaridad (en años): _____

Ocupación: (0) No labora (2) Subempleo (4) Ama de casa
(1) Medio tiempo (3) Jornada completa (5) Estudiante

Tiempo desde el diagnóstico de DM2: ____ años ____ meses

Tipo de tratamiento que recibe:

____ Dieta y ejercicio

____ Dieta y ejercicio + Hipoglucemiantes orales

____ Dieta y ejercicio + Insulina

____ Dieta y ejercicio + Hipoglucemiantes orales + Insulina

12. Cuando le dicen que su diabetes está descontrolada, usted entiende que su azúcar está:

- a). Normal b). Alto c). Bajo d). No sabe

13. ¿Usted cree que para prevenir que le baje su azúcar es mejor que haya azúcar en la orina?

- a). Sí b). No c). No sabe

14. ¿Usted cree que su mal control de su enfermedad puede resultaren un mayor riesgo de presentar complicaciones en el futuro?

- a). Sí b). No c). No sabe

15. La cifra normal de azúcar en la sangre es:

- a). Menor de 70 mg/dl b). 120-140 mg/dl c). 80-110 mg/dl

d). No sabe

16. Usted cree que la presencia de cetonas en la orina:

- a). Es un buen signo b) Es un mal signo c). Es común en la diabetes d). No sabe

17. Cuándo siente los primeros signos de que le baja el azúcar, ¿qué es lo que usted cree que debe hacer?

- a). Tomar inmediatamente pastillas para la diabetes b). Recostarse inmediatamente c). Comer o tomar algo dulce d). No sabe

18. De los siguientes grupos de alimentos, ¿Cuál puede usted comer tanto como lo desee, sin que le ocasione problemas con su deterioro de la tolerancia a la glucosa?

- a). Frutas b). Verduras c). Carnes d). Pastas y dulces e). No sabe

19. La hipoglicemia (baja de azúcar en la sangre) es causada por alguna de las siguientes:

- a). Demasiada insulina o pastillas b). Poca insulina o pastillas c) Poco ejercicio d). No sabe
e). Otros

20. Usted cree que el deterioro de la diabetes:

	SI	NO	NO SABE
21. Afecta a otros órganos del cuerpo			
22. Afecta al corazón			
23. Afecta a los ojos			
24. Afecta al riñón			
25. Afecta la circulación			

26. ¿Cómo calificaría usted su conocimiento del deterioro de la tolerancia a la glucosa en una escala del 0 al 10, donde 0 equivale a «no saber nada al respecto» y 10 «lo conoce a fondo» _____

27. ¿Padece usted alguna otra enfermedad, además de su deterioro de la tolerancia a la glucosa para la cual requiera tomar medicamentos por largos periodos de tiempos (más de 2 meses)?

- a). Sí b). No

IV. Cuestionario sobre relaciones

Por favor lea cada uno de las siguientes frases y anote el grado en que cada uno describa mejor sus sentimientos sobre relaciones cercanas

	No, para nada	Un poco	Más o menos	Mucho	Muchísi mo
1. ¿Le es difícil depender de otros?	1	2	3	4	5
2. ¿Es muy importante para usted sentirse independiente?	1	2	3	4	5
3. ¿Le es fácil acercarse emocionalmente a otros?	1	2	3	4	5
4. ¿Le preocupa ser lastimado si se acerca emocionalmente a otros?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente bien sin nadie emocionalmente cercano a usted?	1	2	3	4	5
6. ¿Quiere acercarse emocionalmente a otros de forma completa?	1	2	3	4	5
7. ¿Le preocupa estar solo?	1	2	3	4	5
8. ¿Está cómodo dependiendo de otras personas?	1	2	3	4	5
9. ¿Le es difícil confiar totalmente en otros?	1	2	3	4	5
10. ¿Está cómodo cuando otros dependen de usted?	1	2	3	4	5
11. ¿Le preocupa que otros no lo valoren tanto como usted los valora a ellos?	1	2	3	4	5
12. ¿Es muy importante para usted sentirse autosuficiente?	1	2	3	4	5
13. ¿Prefiere que los demás no dependan de usted?	1	2	3	4	5
14. ¿Se siente incómodo cuando emocionalmente es muy cercano a otros?	1	2	3	4	5
15. ¿A los demás no les gusta ser tan cercanos a usted como le gustaría?	1	2	3	4	5
16. ¿No le gusta depender de otros?	1	2	3	4	5
17. ¿Le preocupa que los demás no lo acepten?	1	2	3	4	5

v. Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

¿Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha afectado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo; sentir que es un fracasado o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o agitado que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3
Puntuación total				

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad	Algunas dificultades	Muchas dificultades	Muchísimas dificultades
--------------------	----------------------	---------------------	-------------------------

vi. Escala de Apoyo Social en Diabetes

1. ¿Qué tanta ayuda recibe de familiares y amigos para las cosas prácticas del manejo de su diabetes como la preparación de alimentos, hacer el mandado, acompañarlo a la clínica o ayudarlo cuando se enferma?

Ninguna ayuda	Un poco de ayuda	Más o menos ayuda	Mucha ayuda	Muchísima ayuda
1	2	3	4	5

2. ¿Qué tanta información recibe del equipo de salud (doctores, enfermeras, etc.) para el manejo de su diabetes (ejemplo: consejos sobre su dieta o sobre los medicamentos, información sobre su nivel de azúcar, etc.)?

Ninguna información	Un poco de información	Más o menos información	Mucha información	Muchísima información
1	2	3	4	5

3. ¿Qué tanto lo escuchan los demás cuando habla de sus sentimientos y preocupaciones acerca de su diabetes y su tratamiento?

No me escuchan nada	Me escuchan un poco	Me escuchan más o menos	Me escuchan mucho	Me escuchan muchísimo
1	2	3	4	5

4. ¿Qué tanta aprobación recibe de otras personas acerca de cómo cuida su diabetes (ejemplo: que le digan que lo está haciendo bien)?

Ninguna aprobación	Un poco de aprobación	Más o menos aprobación	Mucha aprobación	Muchísima aprobación
1	2	3	4	5

Bibliografía

- Aguilar-Salinas, C. a., Monroy, O. V., Gomez-Perez, F. J., Chavez, a. G., Esqueda, a. L., Cuevas, V. M., . . . Conyer, R. T. (2003). Characteristics of Patients With Type 2 Diabetes in Mexico: Results from a large population-based nationwide survey. *Diabetes Care*, *26*, 2021-2026. doi: 10.2337/diacare.26.7.2021
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *The American psychologist*, *44*, 709-716.
- Ali, S., Stone, M. a., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, *23*, 1165-1173. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x
- American Diabetes Association. (2006). Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, *29*, S43- S48.
- American Diabetes Association. (2010). Standards of medical care in diabetes--2010. *Diabetes care*, *33 Suppl 1*, S11-61. doi: 10.2337/dc10-S011
- Arcega-domínguez, A., Lara-muñoz, C., & Ponce-de-león-rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*, *57*, 676-684.
- Arredondo, a., & de Icaza, E. (2009). Financial requirements for the treatment of diabetes in Latin America: implications for the health system and for patients in Mexico. *Diabetologia*, *52*, 1693-1695. doi: 10.1007/s00125-009-1417-5
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*, 226-244.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & child health*, *9*, 541-545.
- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., & Medina-Mora Icaza, M. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, *33*(4), 252-258.
- Bernard, R. (2011). Variables Psicosociales implicadas den el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, *14*, 126-162.
- Borges, G., Medina-Mora, M., & Wang, P. (2006). Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1371-1378.
- Bowlby, J. (1951). Maternal Care and Mental Health.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. 1958;39: 350-373. *International Journal of Psychoanalysis*, *39*, 350-373.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 203-210. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18020203.x
- Champagne, F. A., & Meaney, M. J. (2006). Stress during gestation alters postpartum maternal care and the development of the offspring in a rodent model. *Biological psychiatry*, *59*, 1227-1235. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.10.016

- Charron-Prochownik, D. (1991). Social Support, Chronic Stress, and Health Outcomes in Adolescents with Diabetes.
- Ciechanowski, P., & Katon, W. J. (2006). The interpersonal experience of health care through the eyes of patients with diabetes. *Social science & medicine (1982)*, *63*, 3067-3079. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.08.002
- Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Von Korff, M., Ludman, E., Lin, E., . . . Bush, T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic medicine*, *66*, 720-728. doi: 10.1097/01.psy.0000138125.59122.23
- Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W. J., Lin, E. H. B., Ludman, E., Heckbert, S., . . . Young, B. A. (2010). Relationship Styles and Mortality in Patients with diabetes. *Diabetes care*, *33*, 539. doi: 10.2337/dc09-1298.
- Ciechanowski, P. S. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 660-667. doi: 10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76
- Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B., & Katon, W. J. (2002). Interpersonal predictors of HbA(1c) in patients with type 1 diabetes. *Diabetes care*, *25*, 731-736.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. a. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American journal of psychiatry*, *158*, 29-35.
- Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Katon, W. J., Korff, M. V., Simon, G. E., Lin, E. H. B., . . . Young, B. A. (2006). The association of patient relationship style and outcomes in collaborative care treatment for depression in patients with diabetes. *Medical care*, *44*, 283-291. doi: 10.1097/01.mlr.0000199695.03840.0d
- Collins, G. S., Mallett, S., Omar, O., & Yu, L.-M. (2011). Developing risk prediction models for type 2 diabetes: a systematic review of methodology and reporting. *BMC medicine*, *9*, 103. doi: 10.1186/1741-7015-9-103
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J. E., Salazar-Estrada, J. G., & Ángel-González, M. (2008). Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Revista de Salud Pública*, *10*, 137-149. doi: 10.1590/S0124-00642008000100013
- Conrado Aguilar, S., Calderón Estrada, R., & Mello García, M. (2011). Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con Diabetes Mellitus 2, servicio de consulta externa de medicina interna del Hospital Regional 1º de Octubre. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, *16*(1), 18-26.
- Córdova, A., & Lartigue, T. (2004). Evaluación de dos casos de madres con VIH mediante la Entrevista de Apego Adulto. *Revista de Perinatología y reproducción humana*, *18*.
- Day, J. L., Bodmer, C. W., & Dunn, O. M. (1996). Development of a questionnaire identifying factors responsible for successful self-management of insulin-treated diabetes. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, *13*, 564-573. doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199606)13:6<564::AID-DIA127>3.0.CO;2-0
- Diario Oficial de la Federación. (Noviembre 2010). *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010*.
- Díaz Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano*. México.
- Díaz-rodríguez, G., Reyes-morales, H., López-caudana, A. E., Caraveo-anduaga, J., & Atrián-salazar, M. L. (2006). Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de

- depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , en unidades de atención primaria †. *Revista de Investigación Clínica*, 432-440.
- DiMatteo, & Robin, M. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 793-800.
- Dunn, S., Janet, B., & M, B. (1984). Development of the Diabetes Knowledge (DKN) Scales. *Diabetes care*, 7, 36-41.
- Durán-Varela, B. R., Rivera-Chavira, B., & Franco-Gallegos. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3).
- Fanghänel Salmón, G., Sánchez-Reyes, L., Chiquete, E., De La Luz, J., & Escalante Herrera, A. (2011). Registro multicéntrico internacional para evaluar la práctica clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: subanálisis de la experiencia en México. *Gaceta médica de México*, 147, 226-233.
- Feinstein, A. R. (1996). *Multivariable analysis : an introduction*. New Haven, Conn.
- Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., & Riva, M. A. (2007). Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology. *Progress in neurobiology*, 81, 197-217. doi: 10.1016/j.pneurobio.2007.01.002
- Fürthauer, J., Flamm, M., & Sönnichse, A. (2013). Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. *BMC family practice*, 14(47).
- García Pacheco, J. Á. (2012). *Asociación entre la diabetes y la depresión, factores sociodemográficos asociados en su comorbilidad, México 2006*. (Maestría en Población y Desarrollo), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede México.
- Glazier, R. H., Bajcar, J., Kennie, N. R., & Willson, K. (2006). A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. *Diabetes care*, 29, 1675-1688. doi: 10.2337/dc05-1942
- González, J., Schneider, H., & Wexler, D. (2013). Validity of Medication Adherence Self- Reports in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 36, 831-837.
- Gonzalez-Peña, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista cubana de Psicología*, 18, 134-141. doi: 10.5195/reviberoamer.1994.6467
- Granados, E., & Escalante, E. (2010). Estilos de Personalidad y Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Liberabit*, 16(2), 203-216.
- Heckbert, S. R., Rutter, C. M., Oliver, M., Williams, L. H., Ciechanowski, P., Lin, E. H. B., . . . Von Korff, M. (2010). Depression in relation to long-term control of glycemia, blood pressure, and lipids in patients with diabetes. *Journal of general internal medicine*, 25, 524-529. doi: 10.1007/s11606-010-1272-6
- Holmes, H. (2001). The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy.
- Katon, W., von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., . . . Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes care*, 27, 914-920.

- Katon, W. J., Rutter, C., Simon, G., Lin, E. H. B., Ludman, E., Ciechanowski, P., . . . Von Korff, M. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, *28*, 2668-2672.
- Knoll, M. J., Twisk, J. W. R., Beekman, a. T. F., Heine, R. J., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, *49*, 837-845. doi: 10.1007/s00125-006-0159-x
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, *32*, 1-7.
- Kurdek, L. a. (2002). On Being Insecure about the Assessment of Attachment Styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, *19*, 811-834. doi: 10.1177/0265407502196005
- Leahy, J. L. (2005). Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. *Archives of medical research*, *36*, 197-209. doi: 10.1016/j.arcmed.2005.01.003
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology*, *67*, 193-203. doi: 10.1002/jclp.20756
- Márquez Domínguez, J., Rivera Aragón, S., & Reyes Lagunes, I. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *2(28)*, 9-30.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine*, *63*, 556-567.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, *73*, 1092-1106.
- Morris, L., Berry, K., Wearden, a. J., Jackson, N., Dornan, T., & Davies, R. (2009). Attachment style and alliance in patients with diabetes and healthcare professionals. *Psychology, health & medicine*, *14*, 585-590. doi: 10.1080/13548500903193838
- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care*, *25*, 1159-1171.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., . . . Aguilar, A. J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.
- Ortiz, M., Ortiz, E., & Gatica, A. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, *29(1)*, 5-11.
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam, R. M., Franco, O. H., Willett, W. C., . . . Hu, F. B. (2011). Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. *Archives of general psychiatry*, *68*, 42-50. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.176
- Pérez, S. (1997). *Apego terapéutico y control metabólico en el paciente diabético*. (Speciality), Universidad Nacional Autónoma de México.
- Picardi, A., Battisti, F., Tarsitani, L., Baldassari, M., Copertaro, A., Mocchegiani, E., & Biondi, M. (2007). Attachment security and immunity in healthy women. *Psychosomatic medicine*, *69*, 40-46. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802dd777
- Pierrehumbert, B., Torrisi, R., Glatz, N., Dimitrova, N., Heinrichs, M., & Halfon, O. (2009). The influence of attachment on perceived stress and cortisol response to acute stress in women sexually abused in childhood or adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, *34*, 924-938. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.01.006

- Pouwer, F., Nijpels, G., Beekman, a. T., Dekker, J. M., van Dam, R. M., Heine, R. J., & Snoek, F. J. (2005). Fat food for a bad mood. Could we treat and prevent depression in Type 2 diabetes by means of omega-3 polyunsaturated fatty acids? A review of the evidence. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, *22*, 1465-1475. doi: 10.1111/j.1464-5491.2005.01661.x
- Räikkönen, K., Matthews, K. a., & Kuller, L. H. (2007). Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women: a comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes care*, *30*, 872-877. doi: 10.2337/dc06-1857
- Ríos-Álvarez, M., Acevedo-Giles, O., & González-Pedraza, A. (2011). Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, *19*(4), 149-153.
- Robbins, J. M., Thatcher, G. E., Webb, D. A., & Valdmanis, V. G. (2008). Nutritionist visits, diabetes classes, and hospitalization rates and charges: the Urban Diabetes Study. *Diabetes care*, *31*, 655-660. doi: 10.2337/dc07-1871
- Rodríguez, S. (1977). "El Mexicano, psicología de sus motivaciones". México.
- Rodriguez-Morán, M., & Guerrero-Romero, J. F. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *salud pública de méxico*, *39*, 44-47. doi: 10.1590/S0036-36341997000100007
- Roglic, G., Unwin, N., Bennett, P. H., Mathers, C., Tuomilehto, J., Nag, S., . . . King, H. (2005). The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes care*, *28*, 2130-2135.
- Sarkisian, C. A., Brown, A. F., Norris, K. C., Wintz, R. L., & Mangione, C. M. (2003). A systematic review of diabetes self-care interventions for older, African American, or Latino adults. *The Diabetes educator*, *29*, 467-479.
- Secretaría de Salud. (2008). *Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica.*
- Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., & Linzer, M. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, *272*, 1749-1756.
- Torres, A., & Piña, J. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, *28*(1), 45-53.
- Turan, B., Osar, Z., Turan, J. M., Ilkova, H., & Damci, T. (2003). Dismissing Attachment and Outcome in Diabetes: The Mediating Role of Coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *22*, 607-626. doi: 10.1521/jscp.22.6.607.22933
- Valdéz Medina, J. (2005). El autoconcepto en niños mexicanos y argentinos. *Revista interamericana de Psicología*, *39*(2), 253-258.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, *117*, 387-403.
- Viinamäki, H., Niskanen, L., Korhonen, T., & Tähkä, V. (1993). The patient-doctor relationship and metabolic control in patients with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *International journal of psychiatry in medicine*, *23*, 265-274.

- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child development*, 71, 678-683.
- Welch, G., Jacobson, A., & Polonsky, W. (1997). The Problem Areas in Diabetes Scale. *Diabetes care*, 20, 760-766.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., & Sicree, R. (2004). Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care*, 27.