



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en
Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”**

T E S I S

**Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología**

P R E S E N T A:

ALEJANDRA VEGA MARTÍNEZ

Directora: Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Asesora: Dra. Rocio Tron Álvarez

Asesora: Dra. Laura Palomino Garibay



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la personas más importante de mi vida. Gracias a ti concluí un sueño más. Agradezco a la vida por permitirme que fueras mi mamá, sabes que estoy muy orgullosa de ti y de lo que has logrado. Eres una mujer muy fuerte e inteligente.

¡Te amo mucho, mami!

Gracias por apoyarme en todo este tiempo. Gracias a ti por enseñarme a ser una mujer fuerte y saber qué quiero de la vida.

¡Gracias, Te quiero mucho papá!

Gracias por tus palabras de aliento, por el apoyo brindado y por estar presente en los momentos importantes de mi vida. Gracias a Benito porque desde hace mucho tiempo forma parte de nuestra familia.

¡Te quiero mucho, Hermana!

A Mary, Paty, Bety, Aiko, Nazli y Danna gracias por toda la diversión que me dado. Recuerden que ustedes pueden lograr todas las cosas que se propongan, son muy inteligentes. Piensen en grande y trabajen para lograr sus sueños. Siempre voy a estar para ustedes.

¡Las amo, mis niñas!

Gracias por escucharme hablar de la tesis, a estas alturas creo que tú también podrías presentar el examen. Gracias por todo el apoyo, especialmente en momentos complicados. Mira ahora en dónde estamos, a dónde nos ha traído el destino. Empecemos a soñar juntos.

¡Te quiero mucho, Adrián!

Gracias a ti mis días en el CCH fueron muy divertidos. Sigue siendo auténtica. ¿Recuerdas cuando guardábamos dinero pero siempre lo terminábamos gastando en comida?

¡Te quiero, amiga Bety!

Gracias por todos estos años de amistad incondicional, por tu sinceridad, por estar en los momentos felices y en los más complicados.

¡Te quiero, Leslie!

Gracias amiga y compañera de trabajo, que hubiera hecho sin tus comentarios y tus consejos. Gracias por hacer los días más divertidos en la universidad.

¡Te quiero, Karlangas!

Gracias por tus sabios consejos, por ser una gran compañera y sobre todo, una gran amiga. En ti encontré una amistad pura. Te admiro mucho.

¡Te quiero, Dian!

Gracias por ser mi amiga, por tener esa tranquilidad que te caracteriza, por escuchar sin juzgar. Sigue adelante, eres muy inteligente.

¡Te quiero, Vanne!

Gracias por tu apoyo. Échale muchas ganas, sabes que tú puedes. Aún recuerdo esos días con Oliva, gracias por tu linda compañía. Espero que esta amistad perdure.

¡Te quiero, Bren!

Gracias a Ximena y Diana por su amistad, apoyo y muchas risas.

¡Las quiero!

A las Doctoras.

Infinitas gracias por aceptar este proyecto y especialmente por compartir su tiempo y conocimiento. Es una persona muy profesional y una excelente persona. La admiro.

Gracias, Carolina Santillán.

Gracias por calmar mis ansias con sus tranquilas palabras, y por escucharme en aquellos momentos que me era difícil comprender algunas cosas.

Gracias, Laura Palomino.

Gracias por sus sabios consejos y por su tiempo compartido conmigo, espero seguir aprendiendo de usted.

Gracias, Rocio Tron.

Gracias a la Clínica de Medicina Familiar “Peralvillo” ISSSTE, por toda la accesibilidad y amabilidad que me brindaron.

Al Dr. Castillo, gracias infinitas por permitirme el acceso a la clínica.

Gracias a la UNAM, especialmente a la FES-I por permitirme ser parte de una gran familia y por enseñarme el valor del aprendizaje.

Gracias a la vida por tener a muchas personas valiosas en mi vida.

Tú puedes lograr lo que te propongas, esfuérzate un poco más.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumen | |
| Introducción..... | 1 |
| PSICOLOGÍA DE LA SALUD | |
| Antecedentes históricos de Psicología de la Salud..... | 4 |
| Modelos de atención de la salud..... | 6 |
| Modelo biomédico..... | 6 |
| Modelo biopsicosocial..... | 8 |
| Surgimiento de la Psicología de la Salud..... | 9 |
| Función del psicólogo en el campo de la salud..... | 11 |
| Trabajo interdisciplinario del psicólogo de la salud..... | 14 |
| | |
| ENFERMEDADES CRÓNICAS | |
| Definición y características de las enfermedades crónicas..... | 16 |
| Enfermedades crónicas..... | 18 |
| Enfermedades Cardiovasculares..... | 18 |
| VIH/SIDA..... | 19 |
| Cáncer..... | 21 |
| Diabetes..... | 24 |
| Epidemiología..... | 24 |
| Tipos de diabetes..... | 25 |
| Diabetes Gestacional..... | 25 |
| Diabetes Tipo1..... | 26 |
| Diabetes Tipo 2..... | 26 |
| | |
| BIENESTAR PSICOLÓGICO | |
| Psicología Positiva: Antecedentes y definición..... | 32 |
| Emociones Positivas..... | 34 |
| Concepto de Bienestar..... | 35 |
| Modelos Psicológicos del Bienestar..... | 36 |
| Bienestar psicológico: Modelo Multidimensional de Carol Ryff..... | 38 |
| Investigaciones acerca del Bienestar Psicológico en pacientes con DM..... | 41 |
| | |
| AFRONTAMIENTO | |
| Estrés..... | 48 |
| Perspectivas del estrés..... | 50 |
| Estrés como respuesta..... | 50 |
| Estrés como estímulo..... | 51 |
| Estrés como interacción..... | 51 |

| | |
|---|-----|
| Afrontamiento..... | 52 |
| Modelo de Lazarus y Folkman | 53 |
| Estrategias de afrontamiento..... | 56 |
| Investigación acerca del afrontamiento en pacientes con DM..... | 62 |
| | |
| INVESTIGACIÓN | |
| Planteamiento del problema..... | 68 |
| Justificación..... | 58 |
| Pregunta de investigación | 69 |
| Objetivo general..... | 69 |
| Objetivo específico..... | 70 |
| | |
| MÉTODO | |
| Participantes..... | 71 |
| Instrumentos..... | 71 |
| Escenario..... | 72 |
| Procedimiento..... | 72 |
| Aparato estadístico..... | 73 |
| Definición de variables..... | 74 |
| | |
| RESULTADOS..... | 76 |
| DISCUSIÓN..... | 98 |
| ANEXOS..... | 109 |
| REFERENCIAS..... | 122 |

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que padecen aproximadamente 317 millones de personas en el mundo (OMS, 2016). Especialmente en México, la diabetes es la segunda causa de muerte debido a las complicaciones. Asimismo, la diabetes puede ser una enfermedad que traiga muchos cambios, en ocasiones estos cambios pueden causar estrés constante en las personas, implicando un deterioro y nuevas demandas que deban de ser afrontadas, sin embargo la experiencia de la enfermedad puede dar paso al desarrollo y crecimiento personal (Carver, 2004).

Existen diversos estudios sobre la diabetes y las estrategias de afrontamiento empleadas en dicha población, sin embargo, son pocos los que se relacionan con constructos positivos como el bienestar psicológico. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico que tiene un grupo de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en población mexicana. Para tal objetivo, participaron 70 personas con DM2 quienes asisten a consulta en la Clínica Familiar “Peralvillo” de la Ciudad de México, los cuales respondieron el cuestionario Brief COPE-17 y la escala de bienestar psicológico, Ryff. (BP, Ryff). Así como una encuesta sociodemográfica y de enfermedad. Los resultados mostraron que sí existen diferencias significativas entre algunas dimensiones de bienestar Psicológico y las estrategias de afrontamiento. Los resultados del estudio dan cuenta de la relación entre las variables mencionadas, lo que implica para los psicólogos promover las estrategias de afrontamiento que más beneficien a su desarrollo personal y a su bienestar psicológico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA y la diabetes, figuran entre las principales causas de enfermedad a nivel mundial. Según, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014) uno de los principales problemas de salud en México es la diabetes mellitus (DM). El número de personas con diabetes se encuentra entre 6.5 y 10 millones, de las cuales, aproximadamente dos millones no han sido diagnosticadas (INEGI, 2016).

La literatura reporta tres principales tipos de diabetes: la diabetes gestacional, la diabetes tipo 1 (DM1) y la diabetes tipo 2 (DM2). Por su parte, la diabetes gestacional se presenta comúnmente en mujeres embarazadas, sin embargo algunas mujeres llegan a presentar DM2 después de tener al bebé. Respecto a la DM1, se señala que afecta más a los niños y adolescentes. Las personas que presentan este tipo de diabetes necesitan inyectarse insulina diariamente para controlar su nivel de glucosa. Por último, la DM2 es la forma más frecuente de diabetes y se desarrolla principalmente en adultos, sin embargo hoy en día se ha visto que se presenta en adultos jóvenes.

La DM es una enfermedad que causa un importante impacto a nivel sector salud, ya que su prevalencia es alta, al igual que su elevada tasa de mortalidad debido a las complicaciones.

Las personas que padecen diabetes están implicadas en una serie de cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos, estos cambios probablemente pueden causar estrés a las personas que presentan la enfermedad. Conjuntamente, la DM implica un proceso de deterioro continuo, el cual afecta la calidad de vida de las personas y genera nuevas demandas que deben ser afrontadas.

Las estrategias de afrontamiento que tenga la persona ante un factor que cause estrés, como es una enfermedad, pueden guiar el proceso de metas adaptativas que mejoren la salud o en el peor de los casos que obstaculicen dicho proceso.

Respecto a las enfermedades crónicas como la diabetes se ha dicho que pueden generar estrés, sin embargo, también se reconoce que los acontecimientos o eventos estresantes pueden sentar las bases para el crecimiento personal.

En las últimas décadas, se ha observado que los constructos positivos como el desarrollo personal, el optimismo, la gratitud y la esperanza, influyen en el proceso de recuperación de una enfermedad (Taylor, 2007).

En esta línea, la Psicología Positiva propone estudiar las fortalezas y cualidades positivas de las personas, así como el descubrimiento de capacidades que ayuden a superar los factores estresantes y a lograr una mejor calidad de vida.

Una de las principales aportaciones de esta perspectiva es el concepto de bienestar. En este sentido, Ryff (1989) propuso el concepto del bienestar psicológico, el cual definió como el desarrollo del verdadero potencial y no solo una cuestión de placer o serenidad consigo mismo. Algunas investigaciones relacionadas con el bienestar psicológico han observado efectos positivos en la salud de las personas (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Por ejemplo Ryff y Keyes (1995), a través de investigaciones demostraron que el bienestar psicológico puede influir en sistemas fisiológicos específicos relacionados con el funcionamiento inmunológico y en la promoción de la salud. De esta manera, se puede señalar que el bienestar psicológico de las personas parece tener importantes implicaciones para la salud mental y física, en específico en la prevención y en la recuperación de enfermedades físicas.

En algunas investigaciones se ha señalado que las estrategias de afrontamiento pueden influir en el bienestar psicológico, por ejemplo Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg y Bru (2004) señalan que la estrategia de autculpabilidad puede influir en un bienestar psicológico pobre.

Por ello, el presente trabajo se propone, a partir de la necesidad de conocer cuáles estrategias de afrontamiento se relacionan con el bienestar psicológico en pacientes con diabetes. Para tal fin, el presente escrito consta de cuatro capítulos que dan cuenta de la temática abordada. A continuación se describirá cada uno de estos capítulos.

En el capítulo uno, se abordará un panorama de la Psicología de la Salud, el cual describe los antecedentes y los acontecimientos que dieron pie a dicha disciplina.

En el capítulo dos, se detallará la etiología, síntomas y complicaciones de algunas enfermedades crónicas, principalmente la DM2.

En el capítulo tres, se realizará una revisión sobre los antecedentes y el desarrollo de la Psicología Positiva, enfocándose en el Modelo Multidimensional de Carol Ryff, para analizar el bienestar psicológico.

En el capítulo cuatro, se explicará el proceso de afrontamiento a partir del modelo de Lazarus y Folkman (1984). Asimismo, se detallarán las estrategias de afrontamiento propuestas por diversos autores.

Posteriormente, se presenta el método (participantes, escenario, procedimiento). Igualmente, se reportan los resultados obtenidos en la presente investigación. Finalmente, se presenta la discusión, las conclusiones, referencias y anexos.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud es relativamente una disciplina reciente, sin embargo, sus orígenes se encuentran desde tiempos lejanos. Por ello, en el presente capítulo inicialmente se abordarán los antecedentes de dicha disciplina. Asimismo, se describen los principales acontecimientos que determinaron su consolidación. Enseguida se puntualizan las funciones que el psicólogo realiza en dicha área. Por último, se especifica la importancia del trabajo multidisciplinario.

Antecedentes históricos de la Psicología de la Salud

Para entender mejor la propuesta que realiza la Psicología de la Salud, se deben conocer primero sus orígenes, ya que esto posibilita un mayor panorama para comprender la situación actual de la Psicología en este campo.

En este apartado, se pretende realizar una breve reseña para reconocer qué factores dieron indicios al desarrollo de la Psicología de la Salud, a partir de las diversas formas de conceptualización que se le han ido otorgando a través del tiempo al proceso de salud-enfermedad.

Los primeros acercamientos de la definición de enfermedad se encuentran en la época de los griegos, los cuales concebían a la enfermedad como un fenómeno natural. Particularmente, Hipócrates reconoció que la enfermedad aparecía si la armonía de la persona consigo mismo y con su medio externo se rompía. Desde este planteamiento, desarrolló la "teoría humoral", la cual establece que cuatro principales fluidos (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas) daban equilibrio al cuerpo, pero cuando no se encontraban en balance, surgían las enfermedades. Para que el cuerpo estuviera otra vez en equilibrio, se realizaba un tratamiento, con el objetivo de restaurar el balance de dichos humores, sin

embargo, uno de estos humores predominaba en la forma de comportamiento y éste tenía impacto sobre la mente del individuo.

Más adelante, en la Edad Media, Taylor (2007) menciona que la enfermedad se conceptualizaba en términos espirituales, es decir, la desobediencia de las leyes divinas desembocaba la enfermedad, para curar a la persona generalmente se realizaban torturas en el cuerpo. En la época del Renacimiento, se volvía a retomar la enfermedad como proceso natural, durante este período, se produjo un gran avance científico. Los avances como el microscopio, los estudios de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, fueron la base para el desarrollo de la Medicina moderna.

Según Díaz (2010), la Medicina se acercó cada vez más a los laboratorios y a la experimentación, esto permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades. Sin embargo, al profundizar el entendimiento de la enfermedad a nivel físico, la mente pasó a un último plano. Así, la concepción mente-cuerpo planteada por el filósofo René Descartes, en el siglo XVII, se reforzó. Este pensamiento, atribuía al cuerpo un poder igual al de la mente, solo que concebía que el primero pertenecía a la realidad física y el segundo a una realidad espiritual, tal idea propició que la mente y el cuerpo fueran concebidos como entidades independientes y diferentes.

Esta dualidad mente-cuerpo, también sugiere que la enfermedad aparece por reacciones bioquímicas, sin reconocer otros factores, como las emociones o comportamientos. Hasta la fecha, esta visión tiene grandes implicaciones en la atención a la salud, principalmente en la etapa del tratamiento, puesto que la mayoría de los médicos prescriben medicamentos para tratar de curar las anormalidades bioquímicas que están causando la enfermedad en el

individuo, sin reconocer otros aspectos que pudieran estar relacionados con la enfermedad como lo puede ser las emociones y/o comportamientos.

Modelos de atención a la salud

Desde hace mucho tiempo la concepción sobre el proceso salud-enfermedad está muy unida al enfoque médico, desde este pensamiento, la enfermedad se entiende como el resultado de la falla de algún elemento puramente bioquímico o anormalidades neurofisiológicas. Sin embargo, en las últimas décadas esta concepción de atención se ha ido desplazando por un modelo que asume la enfermedad como resultado de las interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Modelo biomédico

El modelo biomédico, está basado en dos supuestos básicos: el primero de ellos es el dualismo mente-cuerpo, el cual implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente a una dimensión espiritual; el segundo supuesto es el reduccionismo, este plantea que el proceso de enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y/o químicas, además considera los aspectos emocionales y comportamentales ajenos al proceso patológico. En general, este modelo asume que la enfermedad es causada por causas fisicoquímicas, siendo el criterio de diagnóstico anormalidades bioquímicas. A pesar de que este modelo no toma en cuenta algunos factores a la hora de realizar un diagnóstico e intervención, ha aportado grandes beneficios a la humanidad para resolver problemas relacionados con deficiencias bioquímicas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Como señala Taylor (2007), el modelo biomédico ha aportado grandes beneficios al estudio e investigación de algunos padecimientos, por ejemplo, las enfermedades infecciosas han sido controladas y su tasa de mortalidad ha disminuido con el paso del tiempo, gracias a la creación de las vacunas y los antibióticos, incluso, las cirugías se han

ido perfeccionando para curar enfermedades físicas. No obstante, este modelo también presenta muchas limitaciones. El autor señala que entre estas limitaciones se encuentran: no se toma en cuenta la importancia que tiene la relación médico-paciente en el tratamiento; se dejan de lado los factores psicológicos y sociales, los cuales son fundamentales para definir cuando una persona está sana o enferma, y por último, como ya se había mencionado, se dejan de lado las respuestas cognitivas-emocionales que presenta el individuo, por esta razón el criterio principal para diagnosticar a la persona como enferma es la presencia de anormalidades bioquímicas.

Además, se puede señalar que en el modelo biomédico, los pacientes se consideran pasivos e incapaces de realizar lo que el médico le señala, por lo que el paciente se ve limitado a hacer lo que el profesional le comunica que haga, sin verse en la necesidad de cuestionar su opinión.

Como señala Villegas (2012) abordar el proceso de salud-enfermedad desde esta visión es una cuestión limitante, ya que la población va a acudir al médico cuando ya se tenga la enfermedad para que este último lo “sane o lo cure”, de tal forma su imagen se percibe como un profesional en rehabilitación sanitaria y eso mantendría las conductas no preventivas.

Como se ha mencionado, el modelo biomédico presenta diversas deficiencias, debido a que deja de lado los factores psicológicos y emocionales, a pesar de que en la actualidad se ha visto que la salud está íntimamente influenciada por las conductas, pensamientos y relaciones que tienen las personas.

Ante la necesidad de una visión más integral del ser humano y el cambio de patrón epidemiológico de mortalidad, que se produjo en el siglo XX, surge el modelo

biopsicosocial, el cual presenta una visión más completa, incluyendo los aspectos psicológicos y sociales del individuo.

Modelo biopsicosocial

Engel en 1977 propone el modelo biopsicosocial, el cual sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes para la salud-enfermedad.

De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998), el modelo biopsicosocial conlleva distintas implicaciones clínicas, entre estas se encuentran tres principales. La primera es que el proceso de diagnóstico debería considerar la función y su relación de los factores biológicos, psicológicos y sociales para determinar si el individuo se encuentra enfermo o presenta un estado óptimo de salud. La segunda es que, los tres tipos de factores antes mencionados se deben de tomar en cuenta para el tratamiento. Por último, destaca la buena relación entre médico y el paciente para mejorar la adhesión al tratamiento, acortar el tiempo de recuperación de la enfermedad y en general a que el paciente recupere su salud.

Por su parte, Oblitas (2008) señala que el modelo biopsicosocial se enfoca en la atención a los modelos preventivos y en la promoción de la salud humana, es decir, pone énfasis en la salud más que en la enfermedad.

Como se ha visto, a pesar de que el modelo biomédico, tiene grandes limitaciones al tratar de atender el proceso salud-enfermedad, puede ser de gran ayuda incorporar al modelo biopsicosocial, aquellas cuestiones que permitan comprender y atender de una forma más completa la salud y enfermedad del individuo.

A partir de este planteamiento holístico de la salud-enfermedad, que reconoce que la conducta del individuo es fundamental para mantener y recuperar la salud, así como para atender el nuevo perfil epidemiológico.

Surgimiento de la Psicología de la Salud

Aunque el interés de los psicólogos por el campo de la salud siempre estuvo presente a lo largo del tiempo, no es hasta la década de los setenta que se comenzó a abordar de manera formal. Para que la Psicología de la Salud emergiera como una profesión, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) señalan que existieron diversos factores, entre estos se encuentran:

- El cambio de patrón epidemiológico de mortalidad, es decir, en la mayoría de los países desarrollados se registraba una disminución de las enfermedades infecciosas, parasitarias y materno-infantiles, gracias al descubrimiento de nuevas vacunas y al avance de la tecnología. Sin embargo, aumentaban las enfermedades no-transmisibles llamadas también enfermedades crónicas degenerativas (como el cáncer o problemas cardíacos) producidas por conductas y estilos de vida inadecuados:
- Las personas que tienen alguna enfermedad crónica, suelen conllevar cambios importantes en su calidad y estilo de vida:
- Se cuestionó el modelo biomédico, como ya se había mencionado, dicho modelo está basado en el reduccionismo y en el dualismo mente-cuerpo.

Estos mismos autores plantean que los profesionales de la salud, consideraron que desde esta perspectiva era insuficiente entender y tratar problemas de salud crónicos y, comenzaron a comprender la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y no solo biológicos, como determinantes de la enfermedad.

Por dichas razones, un número de psicólogos interesados por el mundo de la Medicina, coordinados por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y George C. Stone, se reunieron

en el año de 1978, para solicitar la creación de la División de la Health Psychology (División 38) de la American Psychological Association (APA). Después de un año de su formación, se publicó el manual: Health Psychology, Handbook (Stone, 1976). En 1983 se realizó una conferencia sobre el entrenamiento de los psicólogos de la salud. Es así que, la Psicología de la Salud surgió de manera institucional y profesional para atender las necesidades que demandaba el mundo moderno.

En este sentido, una de las definiciones de Psicología de la Salud más aceptada, es la propuesta por Matarazzo (1980) quien señala que:

“la suma de contribuciones profesionales científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formación de una política de la salud”. (pág. 815)

Dicha definición comprende cuatro aspectos:

- Promoción y mantenimiento de la salud (a través de la enseñanza de conductas benéficas para la salud).
- Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos para superar la enfermedad).
- Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (por medio de investigaciones que expliquen las causas de salud o enfermedad).
- Estudio del sistema sanitario y la formación de una política de salud (analizar el impacto de las instituciones sanitarias sobre el comportamiento humano).

Después de la creación formal de la Psicología de la Salud, ésta se ha desarrollado de manera sorprendente, dando lugar a nuevas investigaciones dentro de un modelo biopsicosocial, lo cual permite entender de una manera más completa aquellos procesos de la salud y enfermedad.

Por su parte Bazán (2003) plantea que a lo largo del desarrollo de la Psicología de la Salud se han observado diversas contribuciones. Una de estas contribuciones es que se ha proporcionado un marco conceptual que explica la relación existente entre la salud y las conductas (estilos de vida). Además, ha señalado un papel importante al estrés en la salud. También, plantea la existencia de conductas que se encuentran relacionadas con la enfermedad.

Como se pudo observar en el párrafo anterior, al paso del tiempo, las aportaciones que ha realizado la Psicología de la Salud, además de ayudar a precisar dicha área, también han ayudado a establecer y delimitar las actividades del psicólogo en el campo de la salud.

Función del psicólogo de la salud

Las actividades que realiza el psicólogo de la salud, como la misma Psicología, se han ido transformando para mejorar la atención a la salud de las personas, sin embargo en la actualidad Buela, Caballo y Sierra (1996) conceptualizan al psicólogo de la salud como:

“un profesional que puede trabajar en distintos ámbitos como: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluido la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, promoción de conductas saludables”. (pág.22)

Por su parte Rodríguez (2003) precisa las funciones del psicólogo de la salud (ver Tabla 1).

Tabla 1*Funciones del psicólogo de la salud.*

| | |
|----------------------------|---|
| Detección e identificación | Estilos de conductas relacionados con la salud, susceptibles de prevención, orientación o tratamiento psicológico. |
| Evaluación | Delimitación, obtención y elaboración de información útil para la toma de decisiones, así como la valoración del grado en que los medios, recursos y procedimientos responden al logro de objetivos. |
| Desarrollo | Entrenamiento a profesionales para el cuidado de la salud y la prevención. |
| Planeación y prevención | Proceso que implica la identificación de necesidades, prioridades, detección de recursos, objetivos, métodos, diseños de programas o planes, medios de control de intervención, además de aplicación de estrategias orientadas a la evitación de problemáticas sociales desde lo individual. |
| Intervención | Métodos, técnicas y procedimientos que se diseñan y aplican en función de uno o más objetivos orientados a cambios comportamentales individuales. |
| Investigación | Puede ser básica o tecnológica. La primera se refiere a la búsqueda de causas y determinantes de proceso psicológicos a partir del empleo de técnicas y el método científico. La tecnología es la indagación sobre la eficacia de la aplicación del conocimiento derivado de la investigación básica. |
| Rehabilitación | Establecimiento de comportamientos que han sido alterados por causas diversas. |

Este mismo autor plantea que en específico, la labor del psicólogo de la salud ante las enfermedades crónicas degenerativas es modificar las conductas que atentan a la salud y que la enfermedad no avance de forma alarmante, esto con la ayuda de técnicas,

instrumentos y tratamientos específicos. Por su parte Oblitas (2009) plantea que el trabajo del psicólogo de la salud se centra en temas como la preparación psicológica del paciente en la fase pre y postoperatoria, así como el manejo psicoterapéutico del dolor y el estrés hospitalario. También se centra en la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a las enfermedades crónicas degenerativas, en el manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial y en la conducción de las variables psicológicas que son afectadas ante la enfermedad, por ejemplo: autoeficacia, autoestima y asertividad.

Como se puede apreciar, es de suma importancia incluir a un profesional como lo es el psicólogo de la salud en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, ya que posibilita una mejora en la salud ante la enfermedad.

Penosamente, en México la labor del psicólogo en el área de la salud no se reconoce por completo, por esta situación el trabajo de dicho profesional es aún más difícil, aunque Reynoso y Seligson (2005) plantean que se debe de enfocar en algunos supuestos para que haya un mayor reconocimiento. El primero de estos supuestos es, modificar las conductas (estilos de vida) puede disminuir los riesgos de algunas enfermedades. La conducta y su relación con otros factores aumenta el riesgo de algunas enfermedades. Por último, para cambiar, sistematizar y mantener las conductas, es necesario aplicar las técnicas conductuales.

En este sentido, la labor del psicólogo de la salud en México, asume un reto, ya que su función en el sector salud, es lograr un mayor reconocimiento por parte de otras disciplinas e introducirse de manera más completa en el proceso de salud-enfermedad.

Existen otros factores además del rol activo que deben de tener dichos profesionales de la salud para que haya una mayor aceptación y reconocimiento, como son: las condiciones

en la que se encuentra el sector salud, dado que en muchas instituciones de salud, son pocas las oportunidades de inserción del psicólogo, esto conlleva a la falta de reconocimiento, tanto de la población, como de otras profesiones.

Trabajo interdisciplinario del psicólogo de la salud.

Para tratar de entender y atender el proceso salud-enfermedad, la Psicología de la Salud, pretende trabajar en equipo con otros profesionales de la salud que aporten desde su disciplina aspectos relacionados con la mejora de la salud.

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2002), en la actualidad se acepta que en el área de la Psicología de la Salud, deben conducirse otros profesionales con el propósito de atacar los problemas desde diversos puntos de vista. Se puede señalar que en el sector salud, anteriormente solo trabajaban algunos profesionales como los médicos, enfermeras y odontólogos. En la actualidad se encuentran trabajando otros profesionales como: psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, que con su trabajo y conocimiento contribuyen a entender de manera más completa el binomio salud-enfermedad. Estos mismos autores señalan que en esta época, el objetivo del trabajo multidisciplinario en el campo de la salud consiste en definir y clasificar líneas generales de trabajo en los diferentes niveles preventivos, con el propósito de coordinar las acciones, optimizar los recursos y evitar duplicidad de esfuerzos.

Hasta el momento, al menos en lo que respecta a México y a casi todos los países de América Latina, la realidad y los hechos siguen demostrando, desafortunadamente que, falta desarrollar el trabajo interdisciplinario en el área de la salud. Ya que no basta que se proponga la interacción entre, por ejemplo, psicólogos y médicos u otros profesionales, para que de manera automática se le confiera el carácter de un quehacer interdisciplinario. De ahí que sea necesario adentrarse en una seria y profunda discusión hacia el interior de la

Psicología de la Salud, y por consiguiente a las demás disciplinas profesionales relacionadas con el área, respecto de cómo lograr un verdadero quehacer interdisciplinario (Piña, 2010).

En este capítulo se realizó una explicación de los antecedentes que dieron inicio al desarrollo de la Psicología de la Salud. Asimismo, se expuso una descripción de los modelos de atención a la salud, señalando que el modelo biomédico es insuficiente para atender las demandas de la sociedad actual. Se considera que el modelo biopsicosocial debe incorporarse de una manera más completa a la práctica, ya que integra diversos factores (biológicos, psicológicos y sociales) que posibilitan un mejor entendimiento del proceso salud-enfermedad. También se describió el rol del psicólogo en dicha área, con el objetivo de delimitar su función. Por último, se menciona que el trabajo de los profesionales de la salud debería de ser un trabajo interdisciplinario, ya que desde su disciplina cada profesional aporta aspectos relacionados con la mejora de la salud. En el siguiente capítulo se describirán las principales enfermedades crónicas, principalmente la DM2.

ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

Como hemos visto en el primer capítulo, uno de los puntos de atención de la Psicología de la Salud es la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas degenerativas. Por esta razón, en este capítulo se pretende realizar una descripción de las principales enfermedades crónicas como: ECV, Cáncer, VIH/SIDA y la Diabetes. En la actualidad estas enfermedades tienen una alta prevalencia a nivel mundial, por ello representan una línea de investigación para diversas disciplinas relacionadas a la salud como por ejemplo, la Psicología.

Definición y características de las enfermedades crónicas

Según Taylor (2007), las enfermedades crónicas se definen como aquellos padecimientos que se desarrollan lentamente y son de larga duración. Por lo general, deben de ser tratadas por el paciente y el médico, ya que en muchos casos son incurables.

Por su parte Brannon y Feist (2001) señalan algunos aspectos que caracterizan a las enfermedades crónicas. El primero de estos aspectos es que las enfermedades crónicas perduran por un prolongado periodo. En segundo lugar, la mayoría de las enfermedades crónicas se originan por estilos de vida inadecuados. Por último, las enfermedades crónicas se dan con más frecuencia en la gente mayor y de mediana edad.

Además de las anteriores características, Lopategui (2000) plantea que comúnmente las enfermedades crónicas ocasionan una destrucción continua de los tejidos, interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de manera óptima y en algunas enfermedades crónicas se pueden minimizar los efectos que ésta produce.

Antes del siglo XX, las principales causas de muerte de las personas eran las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la neumonía o el cólera, es decir aquellas

enfermedades que son causadas por algún virus, hongo o bacteria. Gracias a los avances médicos, tecnológicos y a la creación de nuevas vacunas, las enfermedades infectocontagiosas disminuyeron, sin embargo, aumentaban las enfermedades no transmisibles o crónicas debido al estilo de vida, los hábitos alimenticios inadecuados, al sedentarismo, en general a conductas de riesgo que deterioran la salud y propician enfermedades, a este cambio de patrón se le conoce como transición epidemiológica.

De acuerdo con Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, De León, y Aguilar (2008), las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que tiene el sistema de salud, debido a que va en aumento el número de personas que viven con alguna enfermedad crónica, esta situación genera un costo elevado, ya que cada persona requiere un tratamiento adecuado.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) comenta que en el 2008, a nivel mundial, las enfermedades crónicas fueron las causantes de 36 millones de muertes, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) plantea que en México las enfermedades crónicas, son responsables del 37.8% de defunciones. De acuerdo con los registros, las principales causas de muerte de los hombres de más de 60 años son las enfermedades isquémicas del corazón (17.3%), DM (15.3%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6.5%). En las mujeres, la principal causa de muerte se debe a la DM (18.3%) y le siguen las enfermedades isquémicas del corazón (16.1%) y las enfermedades cerebrovasculares.

Como se ha mencionado las enfermedades crónicas se encuentran dentro de las primeras causas de muerte. Dichas enfermedades asumen un reto para los profesionales de la salud.

Por ello, a continuación se pretende describir con mayor detalle, algunas de las principales enfermedades crónicas.

Enfermedades Crónicas

Como se ha comentado, las enfermedades crónicas tienen una alta prevalencia a nivel mundial. A continuación se describen algunas generalidades de algunas enfermedades crónicas.

Enfermedades cardiovasculares

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas que más prevalencia tiene en la población mundial, se encuentran las ECV. La OMS (2015) plantea que el término ECV se emplea para designar a un conjunto de problemas relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos, entre los cuales se encuentran: la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, la cardiopatía reumática, las cardiopatías congénitas, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares.

La OMS (2015), señala que las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo, se calcula que en el 2012 murieron 17.5 millones de personas por alguna ECV, de las cuales 7.4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria.

Por su parte Baena, et al. (2005) refieren que los factores de riesgo para las ECV son: la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol, y el sedentarismo, también conocidos como factores de riesgo modificables, dichos factores pueden causar problemas como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, DM que pueden desembocar en ECV.

Las ECV a menudo no suelen presentar síntomas y una de las primeras manifestaciones puede ser un ataque al corazón, los síntomas del ataque al corazón son: dolor o incomodidad en el pecho, así como molestias en los hombros especialmente en el hombro izquierdo, dolor de mandíbula y/o espalada. Además de estos síntomas también puede

presentarse vómitos, náuseas, o dificultad para respirar. Otra manifestación son los accidentes cerebrovasculares, los síntomas pueden ser pérdida de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara, confusión para hablar o comprender lo que se dice, dolor de cabeza intenso y pérdida de la conciencia (OMS, 2015).

Las personas que llegan a sentir algunos de los síntomas de las ECV por lo general, tiene que acudir con su médico para que le prescriba las pruebas de diagnóstico oportunas. Entre estas pruebas se presenta el electrocardiograma, prueba de esfuerzo, ecocardiograma, radiografía de tórax, pruebas de sangre, entre otras (National Institutes Health, 2014).

Por su parte el IMSS (2015), señala que el tratamiento de las ECV, consiste en cambios en el estilo de vida, como llevar una alimentación sana, realizar actividad física, controlar el estrés. En algunos casos es necesario que el paciente ingiera medicamentos o en el mayor de los casos una intervención quirúrgica, ello depende del tipo de ECV y que tan avanzada esta la enfermedad. Un tratamiento adecuado puede lograr que el colesterol disminuya, baje la presión, prevenir de coágulos en la sangre. En general un tratamiento óptimo puede ayudar al paciente a tener una mejor calidad de vida.

VIH/SIDA

El VIH es un microorganismo que ataca al sistema inmunológico de las personas, dejando al cuerpo vulnerable de contraer infecciones. Cuando el VIH sigue su desarrollo, se convierte en SIDA, ésta enfermedad se caracteriza por la aparición de infecciones que pueden llegar a ser mortales (INFOSIDA, 2016).

Se calcula que en el 2014, había 36.7 millones de personas en el mundo que vivían con VIH. Alrededor de 2 millones de personas se infectaron de este virus y 1.2 millones murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA (ONUSIDA, 2015).

Algunos comportamientos de riesgos favorecen a las altas cifras de personas contagiadas con este virus. Por su parte Sánchez-Álvarez, Acevedo-Mejía, González-Vélez (2012) mencionan algunos factores de transmisión, el principal de ellos es el contacto sexual, ya sea por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada sin usar protección. La transfusión sanguínea es otro factor de riesgo, así como quienes comparten agujas y jeringas contaminadas. Asimismo, se puede transmitir de madre a hijo, ello puede ocurrir en el embarazo, durante el parto o en la lactancia. Por último, entre los profesionales de la salud, quienes tienen contacto con fluidos o muestras de sangre, puede llegar a ocurrir un accidente y contagiarse del virus.

Cuando una persona ha estado expuesta a alguno de los factores de transmisión es recomendable que se realice las pruebas pertinentes para descartar o confirmar la enfermedad. Según la OMS (2016) las personas que son portadoras del virus en un principio no presentan ningún síntoma, sin embargo, cuando el tiempo pasa la presencia de síntomas es evidente. Asimismo, menciona que el VIH se caracteriza por cuatro fases (ver Tabla 1).

Tabla 1
Etapas del VIH y su sintomatología

| Etapas | Síntomas |
|-----------------|---|
| Etapa clínica 1 | Asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos |
| Etapa clínica 2 | Pequeñas pérdidas de peso, e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas. |
| Etapa clínica 3 | Diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar. |
| Etapa clínica 4 | Incluye 22 infecciones o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA. |

A pesar de que en la actualidad se realizan investigaciones para eliminar el VIH/SIDA no se cuenta con un tratamiento para curar dicha infección. Sin embargo, un tratamiento que ayuda a disminuir la replicación de virus y lograr restaurar el sistema inmunológico es la terapia antirretroviral (Lamotte, 2014).

Cáncer

El Instituto Nacional del Cáncer en Argentina (2016) plantea que el cáncer es un crecimiento anormal y descontrolado de las células de alguna parte del cuerpo, con la capacidad de dispersarse a otros tejidos. La palabra cáncer se emplea para designar a un grupo de enfermedades que pueden dañar a cualquier parte del organismo.

En el mundo el cáncer es una de las principales causa de mortalidad, la OMS (2015) señala que en el año 2012 hubo 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes en el mundo. Se estima que para el año 2030 dichas cifras aumentarían hasta llegar al 23.6

millones de nuevos casos. Asimismo, señala que los principales tipos de cáncer son: pulmonar, hepático, gástrico, colorrectal, mamario y de esófago.

Cada tipo de cáncer, tiene causas diferentes y su aparición depende de muchos factores, entre estos factores se puede señalar una dieta no balanceada, rica en grasas, carbohidratos, y proteínas. El tabaco es otro factor de riesgo para desarrollar cáncer, debido a sus componentes tóxicos. Asimismo, muchos estudios han encontrado asociación entre agentes infecciosos de origen biológico, como el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer. Otros factores son la radiación, y el alcohol (Instituto Nacional de Cancerología, Colombia 2014). Como se había señalado anteriormente, existen diferentes tipos de cáncer, su clasificación depende de diferentes factores como: la localización del mismo, sintomatología y etiología. De acuerdo con Amigo (1998), cuando el cáncer empieza, los signos y síntomas no son muy específicos. Sin embargo, este mismo autor señala algunos tipos de cáncer, su factor etiológico principal y localización y sintomatología (ver Tabla 2).

Tabla 2
Diferencias entre distintos tipos de cáncer

| Tipo de cáncer | Factor etiológico principal | Localización | Síntoma principal |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Colon | Dieta | Tracto rectal | Cambio hábito evacuación intestinal |
| Esófago | Alcohol, tabaco | Esófago | Dificultad para tragar |
| Mama | Factores hormonales, dieta | Parte superior externa de la mama | Nódulo |
| Estómago | Dieta, nitrosaminas | Aparato digestivo | Pesadez gástrica |
| Pulmón | Tabaco | Aparato respiratorio | Tos |
| Útero | Papilomavirus | Endometrio | Secreción vaginal sanguínea |

El National Cancer Institute (2015) señala que el cáncer puede pasar inadvertido, ya que los síntomas no son específicos y cada tipo de cáncer presenta síntomas diferentes. A pesar de ello, cuando la persona llega a sentir algún malestar es necesario que recurra con el médico, para que éste le realice algunas pruebas. Algunos estudios médicos son empleados para diagnosticar la enfermedad son las pruebas de laboratorio, estudios de imagen y biopsias.

Por su parte la American Cancer Society (ACS, 2016) comenta que entre los tipos de tratamientos más comunes para combatir el cáncer, es la cirugía, la cual consiste en la extirpación del tumor, ésta opción se emplea cuando el cáncer parece estar restringido en una zona y no se ha extendido a otras áreas. La radiación es otro tratamiento muy frecuentemente empleado, al igual que la cirugía, la radiación se utiliza para tratar el cáncer localizado, este tratamiento destruye las células cancerosas para impedir que se desarrollen, a pesar de ello se puede afectar a otros tejidos.

Asimismo, la ACS (2016), subraya que a diferencia de las dos opciones antes mencionadas, la quimioterapia, otra opción de tratamiento, se emplea para tratar el cáncer que se ha propagado, debido a que los medicamentos que se utilizan por lo general se inyectan a través de una vena y viajan por el torrente sanguíneo, el problema de esta intervención es que puede afectar a células sanas.

Lamentablemente en muchos casos y a pesar del tratamiento médico, la enfermedad continua, dicha situación puede desarrollar en el paciente un cuadro de depresión, ansiedad u otros trastornos que requieren atención psicológica. Por su parte la Psicología de la Salud, ha desarrollado intervenciones específicas para los problemas que puedan llegar a tener los pacientes que tienen cáncer, entre estos programas se encuentran el tratamiento para evitar

náuseas y vómitos anticipatorios, a través de distintas terapias comportamentales como la relajación muscular y la desensibilización sistemática (Amigo, 1998).

Diabetes

La DM es una enfermedad que genera consecuencias económicas, sociales, biológicas y psicológicas, tanto a las personas que lo padecen como a sus familiares. Esta enfermedad se encuentra entre las primeras causas de muerte a nivel mundial, afectando a hombres y mujeres por igual.

La OMS (2015) define a la diabetes como una enfermedad crónica que surge cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce y se diagnostica midiendo los niveles de azúcar en la sangre.

Epidemiología

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013) a nivel mundial son aproximadamente 371 millones de personas que padecen Diabetes, estas cifras van en aumento en la mayoría de los países. Asimismo, señala que dicha enfermedad causa un importante impacto a nivel sector salud, ya que su prevalencia es alta, además de las complicaciones que produce y su elevada tasa de mortalidad.

En México, el INEGI (2016) menciona que la DM es la segunda causa de muerte en México. El número de personas con diabetes se encuentra entre 6.5 y 10 millones, de las cuales, aproximadamente dos millones no han sido diagnosticadas. Por su parte la Federación Mexicana de Diabetes (2012) comenta que los estados con más prevalencia en México son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

Por su parte, la Secretaría de Salud (2003) plantea que la mortalidad por DM aumentó a partir del periodo 2000 al 2003. Respecto a la población femenina, la tasa se incrementó

17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en la población masculina el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes).

Tipos de Diabetes

Los tipos de DM más comunes y reportados en la literatura son: DM1, DM2 y la diabetes gestacional. A continuación se describirá cada uno de ellos, se ahondará en la DM2. Asimismo, en el 2016 la American Diabetes Association (ADA) define a la DM como una enfermedad que ocurre el páncreas, el cual no produce suficiente insulina o las células hacen uso de la insulina. La labor de la insulina es llevar la glucosa a las células, pero si la glucosa se acumula en la sangre puede producir complicaciones.

Diabetes Tipo gestacional

La Diabetes Gestacional suele presentarse más comúnmente en mujeres embarazadas, con obesidad y con antecedentes familiares. En estudios realizados en México, la incidencia de la diabetes gestacional es aproximadamente 4.3% en población con derecho a seguridad social hasta 11% en poblaciones abiertas (Mancillas, Gómez y Rull, 2002).

El National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Estadounidense (NIDDK, 2016) comenta que el tener diabetes gestacional no quiere decir que la madre tenía diabetes antes de la concepción o que va a tener diabetes después del parto. Sin embargo, deberá de visitar a su médico entre 6 y 12 semanas después de que haya nacido el bebé para que éste le realice los exámenes pertinentes, con el objetivo de determinar si todavía presenta diabetes. Algunas de las mujeres que presentan diabetes gestacional llegan a presentar DM2. En caso de tener aún diabetes se recomienda llevar una dieta adecuada, realizar actividad física y si es necesario, ingerir sus medicamentos.

Diabetes Tipo I

La FID (2016) comenta que no existen cifras exactas sobre el número de personas que padecen DM1, sin embargo se calcula que hay más de 400 mil niños menores de 15 años que tienen dicho padecimiento. Aunque la DM1, afecta más en la etapa de la infancia y la adolescencia, puede ocurrir en cualquier edad. A esta enfermedad también se le como Diabetes Juvenil o Insulino-Dependiente.

Las personas que tiene DM1 deben de realizar una serie de cambios, ya que deben de inyectarse diariamente una o varias veces insulina, según las prescripciones del médico. Se requiere llevar una dieta sana y comúnmente realizar ejercicio físico, de no llevar a cabo las recomendaciones puede ocasionar complicaciones severas (Bohannon, 1999).

Diabetes Tipo II

Bosch, Alfonso y Bermejo (2002) plantean que la DM2 es la más frecuente de los tres tipos, aproximadamente un 90% de las personas que viven con DM. Esta enfermedad también es conocida como diabetes no insulino dependiente o anteriormente se le llamaba diabetes de comienzo en edad adulta, debido a que la mayoría de las personas que la presentaba se encontraban en dicha etapa. A pesar de ello, en la actualidad puede aparecer a cualquier edad, incluso en la niñez.

La ADA (1999) comenta que la DM2, se encuentra en aumento debido al estilo de vida sedentario, a la inadecuada alimentación que en la mayoría de las ocasiones produce obesidad. Además de estos factores de riesgo que son propicios para el desarrollo de dicha enfermedad, existen otros como: tener hipertensión arterial, alguno de los padres o hermanos padezcan esta enfermedad, que al nacer haya pesado más de cuatro Kg, y pertenecer a un grupo étnico con alto riesgo (estadounidense de origen africano, latino, indio americano y de origen asiático).

La Secretaria de Salud (2001) puntualiza las características de la DM2:

- Poliurina: aumento de la pérdida urinaria en 24 horas
- Polidipsia: aumento en la ingesta de líquidos
- Polifagia: aumento en la ingesta de alimentos, y
- Disminución de peso.
- Astenia o agotamiento.

Asimismo, señala que las personas que padecen diabetes por lo regular no presentan síntomas o no son muy evidentes. Por ello, los profesionales de la salud recomiendan realizarse chequeos.

Para diagnosticar la enfermedad la ADA (2015) señala los siguientes criterios que han sido aceptados por la OMS:

- Síntomas clásico de diabetes y una glicemia (a cualquier hora del día) igual o mayor a 200 mg/dL.
- Dos glicemias en ayunas (por lo menos de ocho horas) igual o mayor a 126 mg/dL
- Glicemia igual o mayor a 200 mg/dL dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. Define intolerancia a la glucosa una glicemia entre 140 y 199 mg/dL a las dos horas de la prueba de tolerancia oral a la glucosa y glicemia de ayuno alterada a una glicemia de ayuno entre 100 y 125 mg/dL. A estos dos criterios se les ha denominado últimamente pre-diabetes indicando mayor riesgo de desarrollar diabetes.

Cuando al paciente se le detecta la enfermedad, la labor del médico es explicarle en que consiste la enfermedad y proseguir con un tratamiento adecuado. De acuerdo con la

Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2006), los objetivos del tratamiento son mantener al paciente sin síntomas y signos que ocasiona la enfermedad y evitar las complicaciones. Además, disminuir o evitar las complicaciones crónicas. Por último, que el paciente lleve a cabo las actividades (físicas, sociales, mentales) que mejoren su estado de salud. Asimismo, la ALAD señalar que la finalidad es llevar al paciente a metas de control metabólico (ver Tabla 3).

Tabla 3

Metas de control metabólico

| Parámetro | Metas de control |
|-------------------------------------|------------------|
| HbA1c (%) | <7 |
| Glucemia basal y prepradial (mg/dL) | 70-130 |
| Glucemia pospradial (mg/dL) | <140 |
| Glucemia total (mg/dL) | <200 |
| LDL (mg/dL) | <100 |
| HDL (mg/dL) | >40 >50 |
| Triglicéridos | <150 |
| Presión arterial (mm Hg) | <130/80 |
| Peso | IMC<25 |
| Circunferencia de cintura (cm) | <90 <80 |
| Consumo de tabaco | No |

En esta misma línea, el tratamiento referido por el médico, puede ser no farmacológico o farmacológico. El primero conlleva dos principales actividades. La primera de ella es la actividad física. Según Novials (2006), el ejercicio físico de intensidad es eficiente para mejorar el control glucémico, con ejercicio constante el paciente que presenta diabetes mantiene la glucosa controlada y disminuye el colesterol, cuando se acompaña con la pérdida de peso la masa muculoesquelética se incrementa y disminuye la depresión. La

segunda actividad es cambiar los estilos de alimentación, los alimentos que son bajos en índice glucémico, son eficaces para mantener en control la glucemia. Aunado a dichas actividades, los programas que contribuyen a modificar los estilos de vida, junto con la educación que se le brinde al paciente respecto a la enfermedad, son aspectos muy importantes que contribuyen a la mejoría de la salud. Sin embargo, existen pacientes que después de tres meses de realizar un tratamiento no farmacológico y su nivel glicémico aún no está controlado, se recomienda empezar con un tratamiento farmacológico.

Para comenzar con un tratamiento farmacológico, hay dos tipos de medicamentos: los medicamentos orales (pastillas) y las inyecciones de insulina. Respecto a los primeros, existen una gran variedad, los cuales tiene su sitio de acción en diversas partes del cuerpo (ver Tabla 4). Respecto al segundo tipo de medicamento, Chasson, Demers, Desrochers, Fecteau-Coté, Fournier, Gauthier (2005) indican que existen cinco tipos: insulina de acción muy rápida, insulina de acción rápida, insulina de acción intermedia, insulina de acción prolongada e insulina de acción rápida e intermedia. Cada una de estas se distingue por su tiempo de acción. Cabe señalar que las personas que viven con DM2, solo pueden recibir insulina si su médico lo recomienda. Por el contrario, las personas que padecen DM1 siempre tienen que administrarse insulina y nunca pueden ser tratados con medicación hipoglucemiante (Amigo, 1998).

Tabla 4
Medicamentos empleados para controlar la diabetes

| Medicamento | Sitio de acción | Mecanismo |
|--|--------------------|---|
| Sulfonilureas (Glibenclamida) | Páncreas | Ayudan a liberar la insulina prodiucida en el páncreas. |
| Biguanidas (Martformina) | Hígado | Evitan que el hígado produzca glucosa en exceso y que se aproveche mejor la insulina. |
| Tiazolidinedionas (Poiglitazona y rosiglitazona) | Músculo | Ayudan a que la insulina y la glucosa se aprovechen mejor. |
| Inhibidores de alfa glucosilada (Acarbosa) | Intestino | Evitan que se absorba glucosa en el intestino |
| Ánalogos de incretinas | Intestino/Páncreas | Permiten simular el efecto natural de la insulina al comer. |

En ocasiones las personas que tienen diabetes no suelen darse cuenta o desconocen los problemas de salud que ocasiona el no seguir estrictamente el tratamiento. Por esta razón, consumen alimentos no recomendados, no realizan actividad física y/o no se suministran los medicamentos es decir, presenta una falta de adherencia al tratamiento, esta situación propicia complicaciones en la salud del paciente.

Por su parte, la FID (2013) explica que una de las complicaciones que pueden presentar las personas con diabetes es enfermedad cardiovascular, la cual constituye la primera causa de muerte para este padecimiento. Algunas de las enfermedades cardiovasculares que se presentan con la DM son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. Otra complicación que se presenta en las personas con DM, es la enfermedad renal (nefropatía), siendo la diabetes una de las principales causas de enfermedad renal crónica.

Asimismo, la FID (2015) señala que muchas personas con diabetes desarrollan algún tipo de enfermedad de los ojos (retinopatía), que puede dañar la visión o provocar ceguera. Cuando los niveles de glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado altos, la diabetes puede provocar daño en el sistema nervioso de todo el cuerpo (neuropatía). Las zonas más comúnmente afectadas son las extremidades, particularmente los pies, produciendo la enfermedad del pie diabético y en el mayor de los casos puede provocar la amputación de la extremidad. Otra complicación es la enfermedad bucal, por ejemplo, hay un mayor riesgo de inflamación de las encías (gingivitis). Para comprender las complicaciones de la DM el Atlas de la Diabetes de la FID (2013) presenta un esquema útil (ver Figura 1).

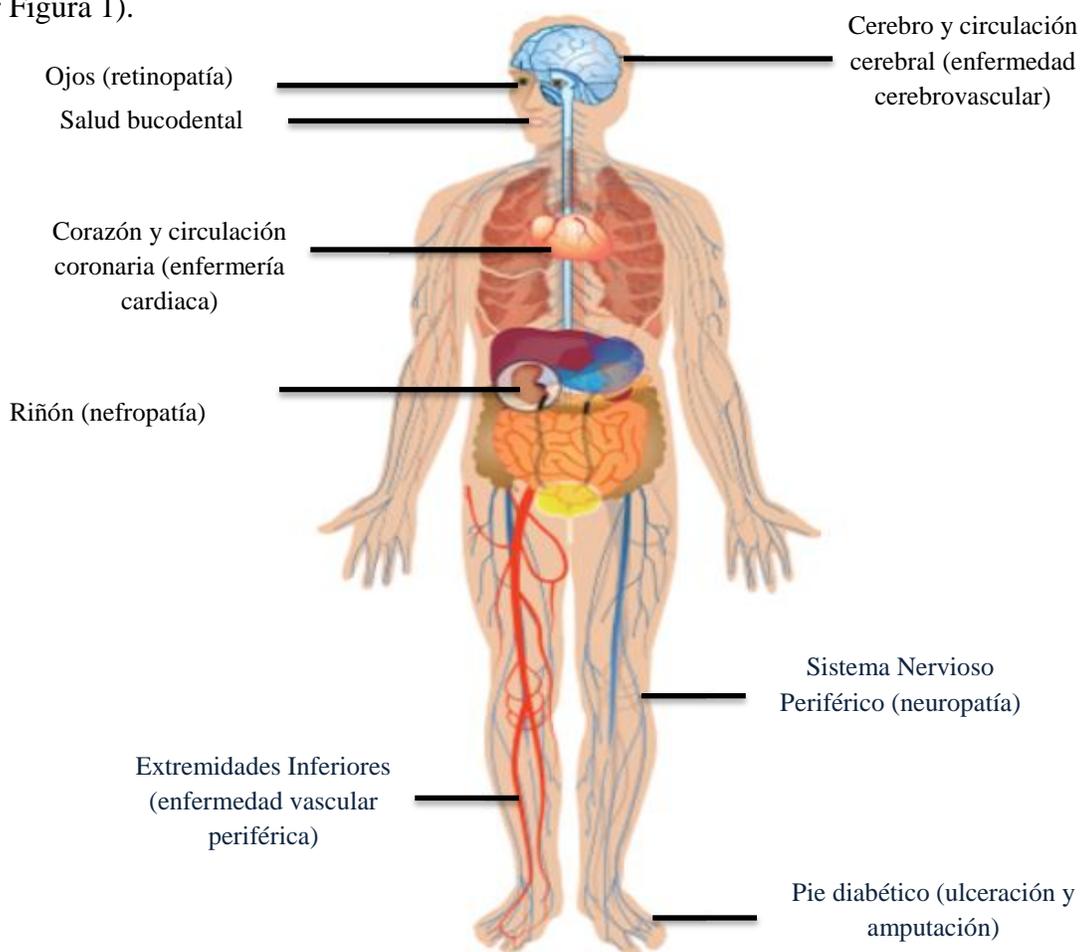


Figura 1. Complicaciones de la DM2

Como se describió, las complicaciones de la diabetes son muy variadas y complejas. Cuando el paciente tiene alguna de las complicaciones referidas, se recomienda que lleve a cabo todas las indicaciones que el médico, junto con el equipo de salud refieran.

En su mayoría dichas complicaciones se deben a la falta de adherencia por parte del paciente. Los profesionales de la salud, específicamente los psicólogos que trabajan en el área, orientan su labor al tema de la adherencia terapéutica, de manera que las personas que viven con DM puedan controlar su nivel de glucosa y minimicen las complicaciones de salud. Además de orientar sus esfuerzos en el tema de la adherencia, se trata de minimizar el efecto del estrés, la dinámica familiar de las personas que presentan diabetes, otro tema en el que se centran es la comprensión que tiene el paciente acerca de la enfermedad y la forma en el que dicha comprensión influye en su conducta (Taylor, 2007).

El objetivo del presente capítulo fue presentar el panorama en el que se encuentran las enfermedades crónicas, así como describir algunas de las principales enfermedades crónicas (ECV, cáncer, VIH/SIDA, DM) que causan mayor impacto en la población mexicana. Asimismo, se expone que dichas enfermedades son de origen multifactorial, entre estas causas se encuentra el estilo de vida, la alimentación insana, la poca actividad física. Igualmente, se explica cómo los psicólogos intervienen ante las personas que padecen alguna enfermedad crónica.

En el siguiente capítulo se describirán los antecedentes, desarrollo y líneas de investigación de la Psicología Positiva. Específicamente se desarrollará el concepto de bienestar psicológico, el cual aportó y se desarrolló dentro de la Psicología Positiva.

BIENESTAR PSICOLÓGICO

El presente capítulo realiza una revisión sobre los antecedentes y el desarrollo de la Psicología Positiva, la cual inicia a partir de la inquietud por estudiar aquellos aspectos positivos del funcionamiento humano. Desde el surgimiento de la Psicología Positiva se realizaron numerosas investigaciones, principalmente en el área de las emociones, las relaciones y las instituciones positivas. Asimismo, otro elemento que la Psicología pretende estudiar es el concepto de bienestar, el cual proviene principalmente de dos tradiciones filosóficas (hedonismo y eudaimonia). Una de las principales autoras de la tradición eudaimonica es Carol Ryff quien construyó un Modelo Multidimensional para evaluar el bienestar psicológico. En este apartado se describe dicho modelo junto con las seis dimensiones descritas por su autora. Finalmente, se presentan algunas investigaciones relacionadas con el concepto de bienestar psicológico, las cuales resaltan la importancia de estudiar el bienestar en pacientes con enfermedades crónicas especialmente la DM. Asimismo, se señalaron variables como el género y la edad que pueden estar relacionadas con el bienestar psicológico.

Psicología Positiva: Antecedentes y desarrollo

Seligman y Csiksentmihalyi (2000) señalan que la Psicología Positiva es un enfoque nuevo de la Psicología que estudia aquellos aspectos que hacen la vida más digna de ser vivida, a través de investigaciones con soporte científico. La Psicología Positiva en comparación con otros enfoques, trata de prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías, asimismo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas.

En esta misma línea, la Psicología Positiva estudia aquellos aspectos que están relacionados con el desarrollo y el potencial del ser humano, se pensaría que este postulado es relativamente nuevo, sin embargo, antes de la segunda guerra mundial según Seligman y

Csiksentmihalyi (2000) se planteaba como uno de los objetivos, además de tratar de hacer la vida de las personas más productivas y plenas. Asimismo, otro de los objetivos era tratar de curar los trastornos mentales.

Desde la segunda guerra mundial, la Psicología ha centrado su atención en tratar de curar los problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad y el estrés. La aportación que ha tenido la Psicología en dichos problemas es sumamente considerable. Sin embargo, la mayor parte de la Psicología ha descuidado el estudio de aquellos aspectos positivos que se relacionan con el bienestar y la felicidad de las personas (Mariñelarena-Dondena, 2012).

Se ha comentado que el interés por los aspectos positivos no es nuevo, desde hace tiempo, algunos psicólogos humanistas como Carl Rogers y Abraham Maslow, ofrecieron una visión positiva del ser humano. De las aportaciones más presentes de estos autores es el funcionamiento pleno de las personas y el concepto de autorrealización, respectivamente. Aunque los representantes del movimiento humanista realizaron grandes aportaciones, por desgracia se terminó mezclando con corrientes faltas de investigación (Hervás, 2009).

Se considera que en el año 1998, la Psicología Positiva fue impulsada gracias al discurso inaugural del psicólogo Martín Seligman como presidente de la APA. Después del discurso inaugural se realizaron una serie de encuentros entre investigadores interesados en aportar conocimiento y desarrollar una nueva corriente. Tras la aceptación de dicha corriente, se creó el comité Central de Psicología Positiva de la Universidad de Pensilvania, la primer Cumbre de Psicología Positiva en Washington DC, además se dedicó un número especial de la American Psychologist a los temas tratados la Psicología Positiva (Lupano y Castro, 2010).

Después de los encuentros que realizaron los investigadores interesados en desarrollar un nuevo movimiento, llamado Psicología Positiva, se puntualizaban tres áreas de acción:

experiencias subjetivas positivas, rasgos individuales positivos e instituciones positivas Seligman y Csikszentmihalyi (2000). Tiempo después la Psicología Positiva determinaba otra línea de acción, nombrada relaciones interpersonales positivas. Según Park, Peterson y Sun (2013), los campos de acción asumen de modo implícito que las instituciones positivas (escuelas, comunidades o familias) posibilitan el desarrollo de las relaciones positivas (amistad, compañerismo o matrimonio), lo que facilita el surgimiento de rasgos positivos (fortaleza de carácter, talentos o intereses) y de la misma manera se posibilitan las experiencias positivas (felicidad, plenitud o fluir). Esta idea supone que un buen funcionamiento de los cuatro aspectos provee una vida estable.

Emociones positivas

Como se señalaba, anteriormente la Psicología había dedicado muchos esfuerzos en tratar de investigar aquellos aspectos negativos. A lo largo del tiempo, y con el desarrollo de la Psicología Positiva, se enfatizó el estudio por los aspectos positivos del ser humano. Una de las áreas que la Psicología Positiva estudia son las emociones positivas, así como las consecuencias que éstas tengan.

De acuerdo con Federickson (2001), las emociones son un conjunto de respuestas que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento significativo, se presentan a lo largo de un tiempo relativamente corto y tienen un valor adaptativo.

Esta misma autora señala que tanto las emociones negativas como las emociones positivas tienen un valor adaptativo. Respecto a las emociones negativas, tales como el miedo o la ira alertan a la persona para realizar alguna conducta de supervivencia como es la huida. Por otra parte, las emociones positivas favorecen a la construcción de recursos personales, ya sean físicos, sociales y/o psicológicos, que ayudaran a afrontar de manera óptima las dificultades.

Existen diversas investigaciones sobre las emociones positivas que reportan efectos positivos en distintas áreas. Por ejemplo, Vecina (2006), en su artículo llamando *Emociones Positivas* nombra algunas investigaciones que señalan los efectos de las emociones positivas con una mejor capacidad de afrontamiento.

Entre algunas emociones positivas más estudiadas se encuentran: el optimismo, la creatividad, la fluidez, el humor, las cuales han revelado importantes implicaciones en la vida diaria.

Concepto de Bienestar

El concepto de bienestar se ha empleado desde diversas disciplinas como en la Economía, Sociología y Psicología. Cada disciplina ha definido y trabajado el concepto desde posturas diferentes. No obstante, en la Psicología, el estudio del bienestar se remonta hasta los años sesenta. Algunos intelectuales realizaron investigaciones acerca del concepto debido al interés por describir la calidad de vida de las personas. Con el paso del tiempo se realizaron números estudios sobre dicho constructo que básicamente emerge de dos relevantes tradiciones filosóficas: hedonismo y eudaimonia (Peiró, Ayala, Tordera, Lorente y Rodríguez, 2014).

Algunos autores delimitan el constructo bienestar subjetivo representante de la concepción hedonista y el bienestar psicológico de la concepción eudaimonia. Sus raíces de esta primera tradición filosófica se encuentran en los filósofos griegos, particularmente Epicuro. Las definiciones de bienestar subjetivo no se encuentran explícitas en la literatura, sin embargo Diener (1994) comenta que se pueden definir a partir del cómo y porqué las personas vivencian su vida de manera positiva. El bienestar subjetivo incluye básicamente dos elementos. El primero de estos elementos es el balance afectivo y el segundo es la

satisfacción vital percibida. En general, desde esta perspectiva el bienestar se encuentra relacionado principalmente con la felicidad.

Otros investigadores han conceptualizado la palabra bienestar desde la perspectiva eudaimónica. Cabe señalar que en 1969 Bradburn sugirió que en lugar de traducir el término eudemonía como felicidad, se empleara un término más neutral como bienestar. Desde el planteamiento eudaimónico bienestar está ligado al desarrollo del potencial humano y al crecimiento personal, ambos componentes se consideran indicadores del funcionamiento positivo (Ryan y Deci, 2000).

Por su parte Carol Ryff ha argumentado que las medidas del bienestar han padecido de base teórica, olvidando principales elementos del funcionamiento positivo. Por ello, propone el Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico, junto con un instrumento de medición (Ryff y Keyes, 1995).

Modelos Psicológicos del Bienestar

Debido al poco interés por estudiar aquellos aspectos positivos del ser humano, algunos investigadores desarrollaron su modelo teórico para describir algunos constructos positivos, por ejemplo el de bienestar. La mayoría de estos modelos son recientes, sin embargo su aportación ha sido inminente para el área de la psicología.

Entre estos autores se encuentra Maria Jahoda (1985), quien propone el Modelo de Salud Mental Positiva. Desde este modelo, la salud mental positiva es considerada desde una perspectiva individual, asume una relación entre la salud física y la mental. Es decir, tener buena salud física es una condición necesaria pero no es suficiente para tener buena salud. Dicho modelo ha tenido relevancia porque propone seis dimensiones interrelacionadas en el concepto de salud mental. Estas seis dimensiones son: actitudes hacia sí mismo, crecimiento, desarrollo/actualización, integración, autonomía, percepción

de la realidad y control ambiental. Lluch (2002) señala que a pesar de los planteamientos realizados por Jahoda, esta autora nunca realizó investigaciones para comprobar la validez empírica. Hasta el momento ninguno de sus colegas se ha interesado por comprobar dicha validez.

Por su parte, Martin Seligman (2003) propone un modelo llamado Modelo de Tres vías hacia la Felicidad, con el cual señala tres rutas que parecen conducir al bienestar y la felicidad. Cabe aclarar que dicha propuesta no está señalada como un modelo, más bien como una manera de organizar las investigaciones en ésta área (Duckworth, Steen y Seligman, 2005). Los tres componentes que propone Seligman son: vida placentera, vida comprometida y sentido vital. El primero de estos elementos, vida placentera, se refiere a aumentar las emociones positivas. La vida comprometida se describe como la práctica cotidiana de las fortalezas individuales, con el propósito de desarrollar mayores experiencias óptimas. Por último, el sentido vital, refiere al desarrollo de objetivos que van más allá de sí mismo (Seligman, 2003).

Según Vázquez y Hervás (2008) plantean que lo más sobresaliente de la propuesta realizada por Seligman, es que algunos investigadores construyen diversos ejercicios a partir de sus planteamientos, por ejemplo: escribir al final del día tres acontecimientos positivos, con el objetivo de elevar las emociones positivas y aumentar el bienestar.

Otro de los autores que propone un modelo de bienestar es Keyes (1998) quien refiere tres dimensiones para evaluar la salud mental. La primera dimensión es el bienestar subjetivo, la segunda es bienestar psicológico, dicha dimensión parte del modelo de Ryff, que posteriormente se describirá con mayor detenimiento. Finalmente, la tercera dimensión se denomina bienestar social. En ésta última, se recaba la primacía del modelo. El bienestar social se definió como la valoración que se hace de las situaciones y del funcionamiento

dentro de una sociedad o comunidad. Es decir, el bienestar social se entendería como la evaluación que realiza la persona sobre el entorno en el que vive. Asimismo, esta autora plantearía cinco dimensiones para medir el bienestar social: Coherencia social, integración social, contribución social, actualización social y aceptación social. Para medir dichas dimensiones Keyes desarrolló un instrumento, llamado Escala de Bienestar Social.

Por su parte Vázquez y Hervás (2008) señalan que la propuesta de Keyes, al incluir la dimensión de bienestar social, es un elemento que complementa el bienestar humano.

Bienestar Psicológico: Modelo Multidimensional de Carol Ryff

Una de las autoras más representativas de la tradición eudaimónica es Carol Ryff quien repasa las propuestas de algunos autores como Maslow con la teoría de auto-actualización, Rogers con el funcionamiento pleno, Allport con el concepto de madurez. Así como el modelo de etapas del desarrollo de Erikson, la realización de la vida de Buhler y la perspectiva de personalidad en la edad adulta de Neugarten, y Jahoda con el Modelo de Salud Mental Positiva, con el propósito de construir un modelo del funcionamiento humano (ver Figura 2) (Ryff, Singer y Love, 2006).

Después de la revisión, el reto más importante para la autora era la integración de los puntos de convergencia entre todas las formulaciones. Finalmente Ryff (1989) construyó un modelo de bienestar, llamado Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico, integrado por seis dimensiones.

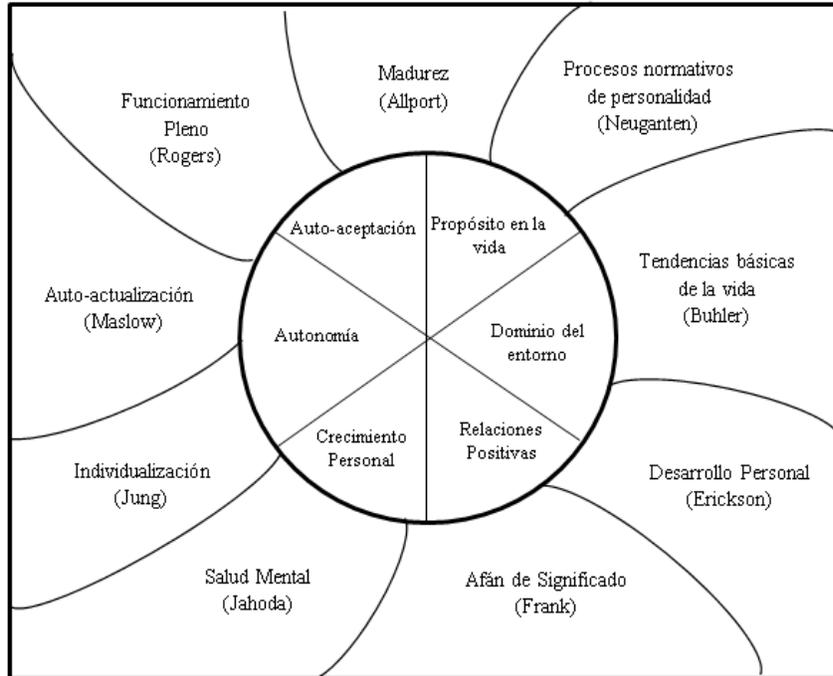


Figura 2. Dimensiones del Bienestar Psicológico y principales flujos teóricos (Ryff y Singer, 2006).

En este modelo Ryff (1995) plantea que el bienestar psicológico se refiere a aquellos aspectos relacionados al funcionamiento positivo de los individuos, a los intentos por desarrollarse, así como a la realización del propio potencial.

En 1989 Carol Ryff planteó seis dimensiones que conformaban el bienestar psicológico, entre estas dimensiones se encuentra la auto-aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

La autoaceptación se define como las actitudes positivas consigo mismo, dicho concepto es una característica primordial del funcionamiento psicológico positivo, asimismo es uno de los criterios fundamentales del bienestar. Las relaciones positivas con los demás es otra dimensión, esta dimensión se refiere a la importancia de establecer vínculos confiables y cálidos con las demás personas. Específicamente las teorías del desarrollo hacen hincapié en el logro de la intimidad y en la orientación hacia los demás.

Las personas que se autoactualizan tienen sentimientos de empatía y afecto por los otros, asimismo son capaces de establecer amistades y sentir una admiración e identificación.

La autonomía es otra de las dimensiones esenciales, la cual comprende la autodeterminación, la independencia, y la regulación de la propia conducta. Las personas que se evalúan a partir de sus propios criterios sin engancharse en la aprobación o críticas de los demás presentan una mejor independencia. Asimismo, las personas con autonomía se describen como individuos capaces de resistir las presiones sociales.

Por su parte, el dominio del entorno es la capacidad que tienen los individuos para elegir o crear entornos adecuados a sus condiciones psíquicas. Es decir, la capacidad que tiene la persona para manejar el ambiente en el que se encuentra y emplear de manera óptima las oportunidades que el mismo entorno le brinda. Algunas teorías plantean que la participación activa del entorno y el dominio del mismo son elementos importantes de un sistema integrado del funcionamiento psicológico positivo.

El propósito en la vida se refiere a la sensación de que el pasado y el futuro tienen sentido y significado. Las teorías del desarrollo señalan una variedad de cambios en los propósitos o metas en la vida. Para percibir que la vida tiene algún propósito un elemento que no debe faltar es la sensación de direccionalidad e intencionalidad.

Finalmente, otra dimensión que Ryff plantea es el crecimiento personal, dicho concepto se puede definir como el desarrollo del potencial de sí mismo, con el fin de crecer y expandirse. La necesidad de actualizarse y darse cuenta de las potencialidades es fundamental para las perspectivas clínicas. La apertura a la experiencia, es una característica principal para el óptimo funcionamiento. Las teorías del ciclo de la vida enfatizan en el crecimiento continuo y en la confrontación de nuevos retos.

Investigaciones acerca del Bienestar Psicológico en pacientes con DM.

En este apartado se describirán algunas investigaciones relacionadas con el bienestar psicológico en personas que presentan DM.

Dentro de estas investigaciones se encuentra la realizada Pouwer, Snoek, Van Der Ploeg, Adèr, y Heine (2001) quienes realizaron un estudio en una clínica de diabetes en Amsterdam, con el objetivo de investigar si la supervisión y la discusión del bienestar psicológico en pacientes externos con diabetes pueden mejorar el estado de ánimo, el control glucémico y la evaluación de la atención de la enfermedad. Para tal objetivo los pacientes fueron asignados al azar, 209 pacientes fueron asignados al grupo control y 192 fueron asignados al grupo de seguimiento. En el grupo control el tratamiento consistía en consultas de rutina (con un intervalo de tres o cuatro meses) con el médico internista y al menos dos consultas con especialista en diabetes (ED) para discutir temas relacionados con la enfermedad. En el grupo de seguimiento, el tratamiento consistía en discutir y evaluar el bienestar psicológico de los pacientes, además del tratamiento control. Para evaluar el bienestar psicólogo se empleó el cuestionario de bienestar psicológico (W-BQ por sus siglas en inglés). Para ambos grupos se realizaron tres visitas con el ED (con un intervalo de seis meses). Los resultados del estudio señalan que el seguimiento y la discusión del bienestar psicológico tienen efectos favorables en el estado de ánimo de los pacientes y sobre sus evaluaciones de la calidad de atención, pero no en el control de la glucosa. En conclusión, dichos resultados apoyan a la recomendación de incluir el seguimiento del bienestar psicológico y el cuidado de la diabetes.

Por su parte Kralsen, Idsue, Hanestad, Murberg y Bru, en el 2004 realizaron una investigación en Noruega, con el propósito de conocer la relación que existe entre el apoyo de los profesionales de la salud y la familia, el afrontamiento relacionado con la diabetes y

el bienestar psicológico en adultos con DM1 y DM2, mediante un modelo de hipótesis propuesto por los mismos autores, el cual sugiere que el apoyo percibido afecta al bienestar psicológico directa o indirectamente mediados por el afrontamiento. Para tal objetivo participaron 534 adultos, entre 25 y 70 años. Para evaluar la percepción del apoyo de los profesionales de la salud se implementó una escala derivada del Cuestionario de Pacientes sobre empoderamiento, asimismo se empleó la Diabetes Family Behaviour Checklist para medir el comportamiento de apoyo de la familia, para medir los estilos de afrontamiento se desarrolló un instrumento a partir de diferentes escalas: Coping Diabetes, COPE, Ways of Coping Questionnaire. Por último, para medir el bienestar psicológico se utilizaron tres escalas: para medir los síntomas de depresión se utilizó el Short Zung, la escala de Hopkins Symptom Checklist para medir la ansiedad y el WHO-Ten para medir el bienestar general. Los resultados del estudio señalan que si bien el apoyo y el bienestar psicológico están relativamente mediados por el afrontamiento, solo se detectaron relaciones entre el afrontamiento centrado en la emoción y la autculpa con el bienestar. Asimismo, no se detectaron diferencias entre el afrontamiento y el bienestar entre los dos tipos de DM. En conclusión, los profesionales de la salud deben considerar la influencia hacia el afrontamiento centrado en la emoción y la autculpa con el fin de proporcionar ayuda a los pacientes y mejorar su bienestar.

Otra investigación realizada por Karlsen, Idsoe, Dirdal, Hanestad y Bru (2004), quienes pretendían examinar los efectos a corto (seis meses) y largo plazo (12 meses) de un programa de consejería grupal sobre el afrontamiento, el bienestar psicológico, el estrés relacionado con la diabetes, así como el control metabólico, en adultos con DM1 y DM2. Par tal fin, participaron 63 personas, los participantes fueron seleccionados al azar a dos grupos. El grupo experimental ($n=32$) fue sometido a un programa de consejería grupal,

dicha intervención consistía en nueve sesiones de 90 minutos, durante un periodo de 12 meses, dicho grupo fue evaluado tres veces, al principio de la primera sesión del programa, después de los seis meses y después de los 12 meses que inicio el programa. El grupo control ($n=32$), el cual recibió el mismo programa que el grupo experimental después de seis meses, solo tuvieron una evaluación al inicio de una reunión de orientación. La ejecución del programa y las evaluaciones se administraron por enfermeras especializadas y personas con diabetes con experiencia (después de un curso de introducción). Para medir el estrés relacionado con la diabetes se empleó el Problem Areas in Diabetes Questionnaire, para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó la escala COPE, el Ways of Coping Questionnaire, para medir el bienestar psicológico general se utilizó Well-Being Index (WHO-Ten). Asimismo, se midió el nivel de glucosa en la sangre por medio de la prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por último se evaluó el programa de intervención por medio de una escala desarrollada de manera particular. De acuerdo con los resultados, la evaluación respecto al programa tuvo efectos positivos en los participantes durante la evaluación a largo y corto plazo. Durante las dos evaluaciones se pudo observar que en el grupo experimental hubo una disminución del estrés, así como de la autculpabilidad. Respecto al nivel metabólico no se observaron diferencias. En conclusión, se observa que el programa puede ser útil para ayudar a personas con diabetes a adaptarse a la enfermedad.

En las presentes investigaciones se estudió el constructo de bienestar psicológico relacionado con algunas variables como: el control glucémico, estado de ánimo, el apoyo de los profesionales de la salud y de la familia, así como con el afrontamiento que presenta el paciente ante la enfermedad, dichos estudios reportan hallazgos significativos que

podrían ser de utilidad para los profesionales de la salud y para la mejora de la salud de los pacientes.

Además, como se ha podido observar las investigaciones dan cuenta de la importancia del estudio del bienestar psicológico en las personas que tienen alguna enfermedad crónica, como la DM.

Por otra parte, se ha observado que existen factores como la edad, el género y la cultura, que pueden estar implicados en el bienestar psicológico. En relación a la edad, Ryff (1995) subraya que existe poca información acerca del patrón de bienestar a lo largo de la vida, a excepción de los planeamientos de Erikson, el cual señala que la autoaceptación podría alcanzarse completamente en las personas de edad avanzada que por los jóvenes. Para conocer diferencias entre la edad y el bienestar psicológico, Ryff en 1995 realizó un estudio para explorar las diferencias de edad, entre adultos jóvenes, de edad media, y edad avanzada. Encontró que las puntuaciones eran menores en las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal en el grupo de mayores. Respecto a la autoaceptación y relaciones positivas, no se encontraron diferencias significativas en los tres grupos. García (2013) plantea que a partir de la revisión de algunas investigaciones se puede comentar que, con la edad aumentaba el dominio del entorno, autonomía, la autoaceptación y las relaciones positivas y disminución en el propósito de vida y crecimiento personal. A pesar de ello, las investigaciones difieren, por ello se propone futuras investigaciones que consideren dichas variables.

Otra de las variables a relacionar con el bienestar psicológico es el género. A lo largo del tiempo, las mujeres han sido diagnósticas con una alta frecuencia de problemas de salud mental en comparación con los hombres. Sin embargo, en la actualidad se ha observado que los problemas de salud mental no están íntimamente relacionados con el género, aunque se

puede destacar que tanto los hombres como las mujeres asumen patrones y roles de acuerdo a su género, lo cual podría afectar su estado de salud, su estado de ánimo, y su bienestar (Matud, 2008). En esta misma línea Ryff (1995) realizó diversas investigaciones entre el bienestar psicológico y el género, encontrando que las mujeres tenían a puntuar más alto en la dimensión de las relaciones positivas y en crecimiento personal. En las restantes dimensiones no se encontraron diferencias significativas entre hombre y mujeres. Esta misma autora plantea que los hallazgos son relevantes, ya que ponen de manifiesto los planteamientos que señalan que las mujeres presentan una mayor incidencia en problemas psicológicos. A pesar de ello, se considera tomar con cautela la relación entre variables.

Otra de la variable a estudiar es el estado civil (soltero-casado), algunas investigaciones analizan la relación con dicha variable y el bienestar psicológico. Por ejemplo, el estudio de Wyke y Ford (1992) analizó la relación entre el estado civil y el bienestar psicológico. Al igual, examinaron el apoyo social como un elemento que pueda influir en la relación entre el estado civil y el bienestar psicológico. Reportaron que los casados presentan mayor nivel de bienestar psicológico en comparación a los solteros. Por su parte Soulsby y Bennett (2015) comenta que la relación entre el matrimonio y un mayor bienestar psicológico, puede comprenderse desde el apoyo conyugal, el cual puede facilitar una mejor salud psicológica. Este mismo autor plantea que la mayoría de los trabajos que analizan la relación entre estas variables se han llevado a cabo en países desarrollados, por lo cual sugiere realizar más investigaciones.

Se ha visto que el bienestar psicológico no es una constante, algunos factores pueden cambiar su curso, por ejemplo una enfermedad crónica recién diagnosticada puede cambiar las creencias del individuo respecto a la enfermedad, la salud física, la economía, lo cual repercutiría en el bienestar psicológico de las personas. Gil-Roales (2004), plantean que

cuando aparece una enfermedad crónica la persona puede vivenciar un acortamiento de posibilidades, al igual que un afectado autoconcepto, lo cual influiría en el bienestar psicológico. A pesar de ello, se ha visto que las experiencias de la enfermedad pueden dar paso al desarrollo personal, potencializando las capacidades (1997).

En el presente capítulo se describieron los antecedentes de la Psicología Positiva, la cual pretende resaltar el estudio del bienestar humano, centrándose en las fortalezas del mismo. El concepto bienestar es estudiado por muchos investigadores desde dos diferentes enfoques: hedonista y eudaimónico. Estos enfoques han representado una gama de investigaciones con resultados significativos para el área de la Psicología.

Asimismo, se explican algunos modelos psicológicos del bienestar como el Modelo de Jahoda, el Modelo de Bienestar de Keyes, el Modelo de Seligman y el Modelo Multidimensional de Carol Ryff, ésta última autora desarrolla el modelo a partir de la inquietud por integrar propuestas de algunos autores como Maslow, Rogers, Erikson, Jahoda entre otros. Se describieron algunos estudios relacionados con el concepto de bienestar psicológico en pacientes que presentan DM, dichos estudios señalan la importancia de profundizar en el bienestar de las personas con enfermedades crónicas. Estos estudios se desarrollan principalmente en países internacionales como: Ámsterdam y Noruega. Particularmente en México, las investigaciones en este ámbito han sido poco estudiadas. Finalmente, se señalaron algunas variables como el género, la edad, el estado civil que pueden estar relacionadas con el bienestar psicológico.

En el siguiente capítulo se describirá el desarrollo y definición del concepto de afrontamiento, así como los principales modelos de dicho concepto. Por último, se detallarán algunas investigaciones relacionadas con la manera en que las personas con DM afrontan la enfermedad.

AFRONTAMIENTO

En el presente capítulo se abordará como tema principal el afrontamiento, dicho concepto se encuentra íntimamente ligado con el constructo de estrés, por esta razón se expondrá de manera breve cómo se ha conceptualizado la palabra estrés, y la relación que tiene con el afrontamiento. Asimismo, se expondrán las diferentes definiciones sobre el concepto de afrontamiento. Uno de los principales trabajos que explica el proceso de afrontamiento es el modelo de Lazarus y Folkman (1984), por tal motivo se pretende abordarlo de una manera más explícita, al igual que las estrategias de afrontamiento que proponen dichos autores. Por último, se describirán algunos artículos que analizan las estrategias de afrontamiento en personas que presentan DM.

Estrés

En la actualidad, la palabra estrés se emplea cotidianamente por las personas de diversas culturas para expresar alguna molestia o un estado de ánimo negativo. Asimismo, el estrés ha sido un tema de interés para diversas disciplinas, particularmente la Psicología, dado que la prevalencia del estrés puede provocar deterioro en la salud, afectar la calidad de vida y el bienestar psicológico.

Lazarus (2000) señala que las primeras inquietudes por estudiar el término estrés fueron a partir de la primera y segunda guerra mundial, debido a la ansiedad, angustia y trastornos emocionales que sufrían los soldados. A partir de esta situación se evidenció que el estrés no era propiamente de los soldados, cualquier persona en condiciones cotidianas podría sufrir estrés. Este mismo autor comenta que en el siglo XVI la palabra estrés se empleó por primera vez para referirse a las dificultades, luchas o adversidades. En ese mismo siglo, Robert Hooke realizó un análisis de ingeniería que produjo tres conceptos diferentes: carga,

estrés y tensión. Dicho análisis influyó sobre los modelos de estrés, éstos señalaban la idea de una fuerza externa ejercida sobre el sistema social, fisiológico o psicológico.

Debido al interés por estudiar la palabra estrés, algunas disciplinas lo han conceptualizado de manera diferente, en el caso de la Psicología, Lazarus y Folkman (1984) consideran que el estrés es más que una simple respuesta en el organismo y plantean que lo más importante es la percepción que tienen las personas de la situación, lo cual va a determinar si una situación es estresante.

Sin duda alguna, los investigadores han tratado de estudiar el estrés, debido a la importancia que tiene en la vida de las personas, ya que puede generar cambios a nivel biológico, social y psicológico.

Por su parte Oblitas (2009) subraya que principalmente el estrés genera cambios a nivel fisiológico, sin embargo, la persistencia del mismo genera alteraciones a nivel psicológico. Las alteraciones que se presentan en la población con mayor frecuencia debido al estrés son: depresión, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, conductas antisociales y psicosis severas. Este mismo autor plantea que debido a estos múltiples cambios y a otros factores, diversas disciplinas centraron su atención hacia el estrés abordándolo de manera diferente. En general, la bibliografía destaca tres categorías fundamentales. La primera categoría define el estrés como respuesta (respuesta física del organismo). La segunda categoría conceptualiza el estrés como estímulo (estímulos medioambientales) y por último el estrés como interacción (entre los estímulos medioambientales y el individuo).

Perspectivas del estrés

Como ya se había comentado, existen básicamente tres perspectivas principales que tratan de definir el estrés. A continuación se detallará cada una de estas perspectivas.

Estrés como respuesta

Una de las primeras conceptualizaciones del estrés se dio en el campo de la Medicina, centrándose en las respuestas fisiológicas del organismo. El estrés se producía debido a estímulos externos que causaban cambios internos en el sujeto.

Por su parte Sandín (2003) plantea que a partir de los trabajos pioneros de Selye sobre el estrés, se identificaron las respuestas del estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas. A partir de esta perspectiva el estrés fue catalogado como la respuesta inespecífica del organismo ante la demanda de un agente amenazante. A esta reacción, Selye (1960) la definió como Síndrome General de Adaptación. Dicho síndrome tiene tres fases, la fase de alarma, resistencia y agotamiento. La primera fase, el organismo reacciona ante un estímulo amenazante, el cuerpo se prepara para combatir mediante la acción del Sistema Nervioso Simpático, preparando la respuesta de lucha o huida, se presentan cambios a nivel fisiológico: aumenta el pulso cardiaco, la presión sanguínea, la sudoración aumenta etc. En la segunda fase, resistencia, el organismo se enfrenta al estímulo amenazante. Se produce la activación del eje hipotálamico-hipofisiario-adrenal que moviliza cambios fisiológicos y hormonales. La última fase es agotamiento, en esta fase el organismo se debilita ante el estímulo amenazante y se ven agotados sus recursos.

El concepto del estrés por parte de Selye sigue presente, ya que a través de sus investigaciones proporciono las respuestas fisiológicas del organismo cuando se presenta un estímulo amenazante. Pese a ello, Taylor (2007) refiere que existen algunas limitantes de dicho modelo, una de estas limitantes es que no toma en cuenta los factores

psicológicos, asimismo no se puede asumir que no todos los estresores causan la misma respuesta.

Estrés como estímulo

Morales y Trianes (2010) mencionan que desde esta perspectiva el estrés es visto como un acontecimiento o circunstancia externa que son dañinas o ambiguas, que pueden deteriorar al organismo. Por su parte Oblitas (2009) manifiesta que desde esta visión, el estímulo amenazante del estrés se encuentra en el medio ambiente y no en el individuo. Este mismo autor señala que Holmes y Rahe fueron los dos principales colaboradores de esta teoría. A través de las investigaciones que realizaron estos dos autores, encontraron que los cambios vitales de las personas aumentaba la posibilidad de contraer alguna enfermedad. En donde el potencial estresante está en función de la cantidad de cambio que conlleva los procesos vitales.

Una de las principales críticas que se le hace al modelo psicosocial de Homes, es que los procesos vitales a pesar de que tienen la probabilidad de aumenta el estrés no quiere decir que por ello se tenga que desarrollar una enfermedad. Otra función de los procesos vitales, es que puede ser que las personas adquieran una mayor habilidad ante las situaciones cambiantes o estresantes y no necesariamente son una fuente de enfermedad.

Estrés como interacción

En las perspectivas anteriores, se resaltan los factores fisiológicos y medioambientales respectivamente, sin tomar en cuenta los factores psicológicos. Como respuesta a estas dos perspectivas, se han propuesto modelos que otorgan una importancia a los factores psicológicos. Uno de los modelos más representativos especialmente en el campo de la Psicología es la teoría transaccional o interaccionista de Lazarus y Folkman (1984) estos autores plantean que el estrés es:

“una relación particular entre la persona y el entorno que es avalado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar” (pág. 43).

De acuerdo con esta definición, se puede recatar que la interpretación que hace la persona acerca de la situación es más importante que experimentar la situación. Es decir, la persona experimenta estrés en la medida en que ésta perciba como amenazante el acontecimiento (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Brannon y Feist, 2001).

Como se ha visto, la conceptualización del estrés tiene diferentes líneas de investigación, y cada una de ellas aporta un conocimiento específico sobre el estrés.

Afrontamiento

Un tema de interés entre los profesionales del comportamiento humano es la actuación de los individuos ante situaciones inesperadas, es decir como las personas responden cuando están en una situación que pudiera ser estresante, como puede ser un divorcio, una enfermedad o la muerte de un ser querido. Algunos profesionales llaman a este proceso afrontamiento. Por ejemplo Pearlin y Schooler (1978) señalan que el afrontamiento es:

“conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupan las personas cuando contienda con los problemas de la vida” (p. 3).

Por su parte Billing y Moos (1981) proponen una definición más acerca del afrontamiento:

“intentos de la persona para utilizar los recursos personales y sociales que ayuden a éste a manejar las reacciones del estrés y a realizar acciones concretas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente” (pág.140).

No obstante, los máximos exponentes sobre el afrontamiento fueron Lazarus y Folkman (1984) quienes definieron afrontamiento como:

“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (pág. 164).

La conceptualización de afrontamiento permite destacar cuatro características importantes. La primera se trata de un proceso que cambia constantemente a medida que los esfuerzos son valorados. La segunda, el afrontamiento es el uso de respuestas aprendido por el individuo frente a eventos estresantes, no es automático. El tercer aspecto es que la respuesta de afrontamiento que realice la persona puede ser exitoso o no, pero siempre debe de existir el esfuerzo por parte del individuo. Por último, el afrontamiento es un conjunto de esfuerzos para poder manejar, minimizar o eliminar un evento estresante (Brannon y Feist, 2001).

Como se observó, existen una variedad de definiciones acerca del concepto de afrontamiento, cada una de ellas propone nuevos aspectos, sin embargo la definición planteada por Lazarus y Folkman se emplea como referencia para diferentes estudios (Soriano, 2002).

Modelo de Lazarus y Folkman (1984)

Como se ha descrito, el modelo que proponen Lazarus y Folkman (1984) considera al afrontamiento como un proceso mediado por factores personales y se aborda desde la interacción entre el medio ambiente y la valoración que la persona le hace al mismo.

Desde la concepción del modelo de Lazarus y Folkman (1988), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales son mediatizadas por el proceso de valoración cognitivo que realiza la persona.

Para comprender la propuesta de dichos autores se describirán las tres fases que la componen. En primera instancia se produce un encuentro entre la persona y el ambiente, seguidamente la persona realiza la valoración de las consecuencias de la situación (valoración primaria), en la segunda fase se hace una valoración de los recursos que tiene para hacer frente a la situación (valoración secundaria). Después de las evaluaciones se pone en marcha el proceso de afrontamiento, el afrontamiento puede estar enfocado en el problema o enfocado en la emoción. El primer afrontamiento, enfocado hacia el problema se refiere a los esfuerzos dirigidos para modificar las demandas de la situación estresante, se intenta resolver o minimizar el impacto de la situación problemática. Por otra parte, el afrontamiento enfocado a la emoción, se refiere a la regulación emocional, es decir, aquellos esfuerzos que la persona realiza para modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante (Lazarus y Folkman, 1986). Después del proceso de afrontamiento se realiza una reevaluación, es decir, una evaluación debido a cambios durante el proceso de interacción entre la persona y el ambiente. En la Figura 3 se resume el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1988).

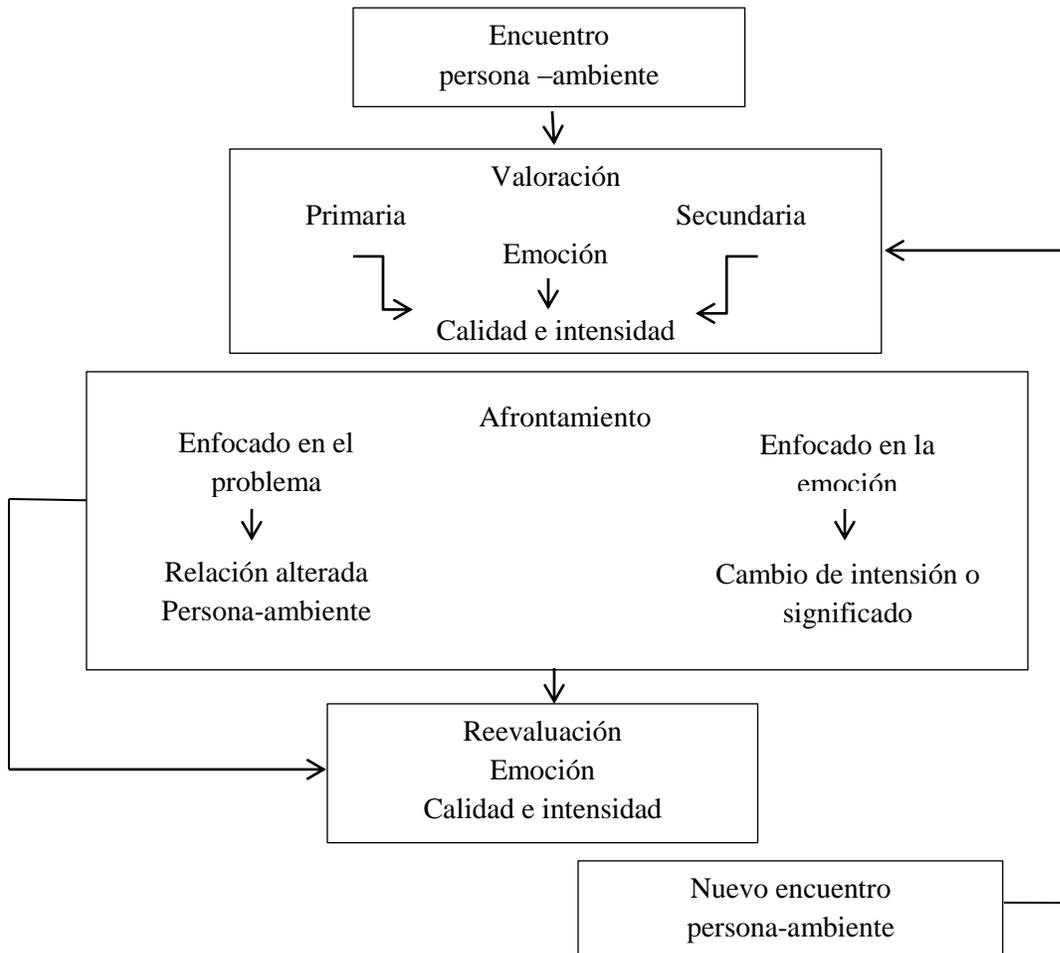


Figura 3. Se muestra el proceso de afrontamiento por parte de Lazarus y Folkman (1988).

Como se ha dicho, el afrontamiento es un proceso cambiante en donde la persona deberá de evaluar la situación estresante, la manera en cómo maneje el evento dependerá de sus recursos de afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento que Lazarus y Folkman (1984) consideran pueden ser físicos y psicológicos. La salud y la energía, tienen un papel importante dentro del bienestar físico. Las personas probablemente puedan enfrentar mejor las situaciones estresantes. Otro recurso se refiere a la capacidad de comunicar y actuar con los demás de una forma socialmente adecuada, es decir, presentar habilidades sociales. Un recurso psicológico son las creencias positivas, que favorece el afrontamiento en situaciones adversas. Las técnicas

de resolución de problemas, también se considera un recurso, e incluye habilidad para conseguir información, analizar las situaciones y examinar las alternativas para elegir la opción más apropiada. El apoyo social es un recurso que se ha reportado en diferentes estudios, tener apoyo de alguna persona puede ser de gran importancia para las personas. Los recursos materiales pueden proporcionar un acceso más sencillo a la atención médica, legal, financiera o cualquier otro tipo lo cual hará que aumenten las opciones de afrontamiento.

Cabe señalar que ningún recurso de afrontamiento es mejor que otro, todo va a depender de la persona y de la situación estresante.

El modelo propuesto por Lazarus y Folkman, actualmente sigue estando presente en investigaciones y se considera uno de los más adecuados para describir el estrés, así como el proceso de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son conductas o cogniciones que la persona presenta ante un evento que es valorado como estresante. De acuerdo con Quiroz, Méndez, Valero, y Trujano (2013), las estrategias de afrontamiento son procesos específicos que se emplean en cada contexto y pueden cambiar dependiendo de las condiciones que lo desencadenaron.

Las estrategias que puede emplear una persona se van desarrollando desde la infancia, debido a las experiencias que se han presentado y se modifican de acuerdo a los resultados obtenidos (Veloso-Besio, Caqueo-Arancibia, Caqueo-Urizar, Muños Sánchez y Villegas Abarzúa, 2010).

Algunos autores han investigado las estrategias de afrontamiento en diferentes tipos de poblaciones y en diferentes situaciones que pueden ser valoradas como estresantes, con el fin de conocer y analizar las estrategias empleadas por el individuo. Unos de los autores

más reconocidos son Lazarus y Folkman (1986) quienes proponen ocho estrategias de afrontamiento:

- **Confrontación.** Describe los esfuerzos para alterar la situación, por ejemplo: intentar que la persona cambie su pensamiento. También sugiere un grado de hostilidad y riesgo, por ejemplo: expresar ira a la persona que causó el problema.
- **Distanciamiento.** Implica los esfuerzos por apartarse o desprenderse de la situación, evitando que le afecte, por ejemplo: tratar de olvidar todo.
- **Autocontrol.** Describe aquellos esfuerzos que regulan sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales, por ejemplo: intentar guardar los sentimientos para mí mismo.
- **Búsqueda de apoyo social.** Supone los esfuerzos para acudir con las demás personas a recibir apoyo, con el objetivo de buscar un consejo, información y apoyo emocional, por ejemplo: hablar con una persona que pueda explicar la situación problemática.
- **Aceptación de la responsabilidad.** Describe el reconocimiento que tiene la persona en la situación estresante o problema, por ejemplo: reconocer que los malos hábitos pueden causar una enfermedad.
- **Escape o evitación.** Supone comportamientos o cogniciones para evadir la situación, por ejemplo: dormir, comer y beber en exceso, así como consumir drogas o medicamento no autorizado por el médico para evitar pensar en el problema.
- **Planificación.** Dirige la atención a solucionar el problema. Se realiza un enfoque más analítico, por ejemplo: hacer un plan para superar el problema.

- Reevaluación positiva: describe los esfuerzos para percibir los aspectos positivos de la situación, enfocándose en el desarrollo personal, por ejemplo: pensar que las cosas estarán mejor.

A partir de la descripción de las estrategias de Lazarus y Folkman (1986) se desarrolló el Ways of Coping Inventory (WOC). Hasta la fecha es el instrumento más empleado por los profesionales. Asimismo, existen investigadores que han descrito otras estrategias de afrontamiento a partir de la creación del instrumento.

En esta misma línea, Scheier, Weintraub y Carver (1989), a partir del modelo teórico de Lazarus y Folkman, así como el modelo de autorregulación conductual de Bandura, explicaron algunas estrategias de afrontamiento que a continuación se describirán.

- Afrontamiento activo. Se refiere al proceso de tomar medidas activas para tratar de eliminar o evitar el evento estresante o aminorar sus efectos.
- Planificación. Implica describir o pensar acciones a seguir para mejorar el evento estresante. Esta estrategia está claramente enfocada en el problema, pero difiere conceptualmente de la ejecución de una acción centrada en el problema.
- Supresión de actividades competitivas. En esta estrategia se trata de evitar eventos que puede distraer a la persona para hacer frente al factor estresante.
- Restricción del afrontamiento. Se trata de una estrategia en la cual la persona espera el momento oportuno de actuar y no hacerlo prematuramente. Se trata de una estrategia activa en el sentido de que el comportamiento de la persona se centra en tratar con la situación estresante, pero también puede ser una estrategia pasiva en el sentido de que usar la restricción significa no actuar.

- Búsqueda de apoyo por razones instrumentales. Significa buscar consejo, asistencia o información para hacer frente al evento.
- Búsqueda de apoyo por razones emocionales. Conseguir apoyo moral, simpatía o comprensión. Cabe señalar que se realiza la distinción de la estrategia de búsqueda de apoyo social debido a que son conceptualmente diferentes en la práctica aunque a menudo concurren.
- Centrarse en la ventilación de las emociones. Se refiere a la tendencia por concentrarse en alguna emoción como la angustia y expresar el sentimiento. Dicha estrategia puede ser útil en algunos casos pero si la persona se centra en sus emociones por periodos largos puede impedir el ajuste.
- Desvinculación conductual. Significa reducir los esfuerzos para lidiar con el factor estresante, inclusive renunciar a alcanzar objetivos para eliminar el estresor.
- Desvinculación mental. Se refiere a aquellos esfuerzos para que la persona se distraiga. Es decir, actividades que distraen a la persona de pensar en relación al comportamiento para hacer frente al problema.
- Reinterpretación positiva y crecimiento. Lazarus y Folkman (1984) denominan a esta estrategia como reevaluación positiva. Interpretar la experiencia en términos positivos debe conducir intrínsecamente a la persona a continuar (o reanudar) las acciones para lidiar con el estresor.
- Negación. Se sugiere que la negación crea problemas adicionales cuando se trata de negar la realidad, lo cual hace que el proceso de afrontamiento sea más complicado.

- Aceptación. La persona acepta la realidad de la situación y podría decirse que es una respuesta funcional, pero la aceptación lograría afectar el proceso de afrontamiento debido a la aceptación del estresor, cuando el factor estresor podría ser modificado.
- Vuelta a la religión. La religión puede servir como un vínculo para reinterpretación positiva y/o al afrontamiento activo.

A partir de la conceptualización de las estrategias de afrontamiento por parte de Scheier, Weintraub y Carver (1989) se desarrolló el inventario Coping Estimation (COPE) con el fin de evaluar las diferentes formas de responder ante un evento estresor. Tiempo después Carver (1997) propone el Brief COPE, una versión abreviada del COPE. El Brief COPE se diseñó con el propósito de evaluar el afrontamiento de una forma breve y haciendo hincapié en las formas de afrontamiento más relevantes. En la escala Brief COPE, se agrupan la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento, y se le nombra reinterpretación positiva. Otro cambio que se realizó fue añadir otras estrategias de afrontamiento:

- Humor. La cual señala que la persona hace bromas o ríe de la situación cuando ya no significa un estresor.
- Uso de alcohol y drogas. Refiere a la ingesta de alcohol u otras drogas para que el malestar emocional disminuya.

En la actualidad, el instrumento Brief COPE se emplea para evaluar cómo las personas hacen frente a diversas situaciones estresantes. De acuerdo con Taylor (2007), se ha implementado principalmente en el área de la salud.

Algunos autores han investigado las estrategias de afrontamiento en diversos tipos de poblaciones, específicamente en México, Góngora y Reyes-Lagunes (1999) proponen ocho estrategias de afrontamiento:

- Directivo–revalorativo: Cuando la persona hace algo para resolver el problema tratando de aprender o ver lo positivo de la situación.
- Emocional-negativo: Cuando la persona expresa un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema
- Evasivo-directo: Cuando la persona expresa un sentimiento o una emoción que no resuelve directamente el problema, y tiende a evitar o escapar del mismo.
- Directo: Cuando la persona hace algo para resolver el problema.
- Revalorativo: Cuando la persona le da un sentido positivo al problema, trata de aprender de la situación o de alguna manera mejorar su percepción.
- Directo-revalorativo: Cuando la persona expresa algún sentimiento o emoción que no le lleva directamente a la solución del problema pero pide ayuda a otros.
- Social-emocional negativo: Cuando la persona expresa algún sentimiento o emoción que no le lleva directamente a la solución del problema pero pide ayuda a otros.
- Apoyo social: Cuando la persona toma en cuenta a los demás para solucionar el problema.

A partir de la teorización de dichas estrategias de enfrentamiento, Góngora y Reyes-Lagunes (1999) elaboraron la escala Multidimensional-Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento, con el objetivo de medir el enfrentamiento a los problemas cotidianos, dicha escala mide el enfrentamiento como rasgo de personalidad (vida) y como estado

(salud, familia, pareja, amigos, escuela y trabajo). En la escala se presentan situaciones en dichos contextos, de tal forma que las personas señalan cómo actuarían si estuvieran en esa situación. El instrumento fue pensado para medir el afrontamiento en población mexicana y por ende es aplicable en dicha población.

Cabe señalar que Lazarus y Folkman (1984) plantean que algunas estrategias son más estables a través de distintos eventos estresantes, mientras que otras estrategias se asocian más a contextos particulares.

El empleo de ciertas estrategias de afrontamiento dependerá de diversos factores, como la personalidad, los recursos que la persona tenga y el evento estresor. En el caso de las personas que presentan alguna enfermedad crónica, específicamente la diabetes, las estrategias de afrontamiento que empleen dependerán de las creencias hacia enfermedad, el tiempo de la enfermedad, las repercusiones de la misma, entre otros factores (Lundman y Norberg, 1993).

Investigación acerca del afrontamiento en pacientes con DM.

En el siguiente apartado se expondrán de manera breve, algunas investigaciones que tratan de explorar el afrontamiento en personas que presentan DM2.

Un ejemplo de dichas investigaciones es Lundman y Norberg (1993) quienes realizan un estudio con el objetivo de explorar las estrategias de afrontamiento, el nivel de control metabólico y el bienestar emocional en personas con Diabetes Mellitus Insulino-dependientes (DMID). Participaron 20 adultos entre 25 y 59 años. Para tal objetivo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, de manera individual. La entrevista abordó las principales áreas relacionadas con la DMID: experiencias relacionadas con el inicio de la enfermedad, manejo de la enfermedad en la vida diaria y eventos inusuales, percepción de

síntomas de niveles altos y bajos de glucosa en sangre, autocontrol de glucosa en sangre y relaciones e ideas sobre las complicaciones a largo plazo.

De acuerdo a las declaraciones de los pacientes, se identificaron las estrategias de afrontamiento. Se consideró la estrategia más empleada para cada individuo. Las estrategias fueron nombradas como: experiencia, rutina activa, rutina pasiva, ambigüedad y acción basada en la emoción. La estrategia de afrontamiento nombrada experiencia, se asoció con un bajo nivel de HbA1c y sentimientos de competencia para manejar la enfermedad. Respecto a la rutina activa, se relacionó con niveles bajos de HbA1c y presentaban sentimientos de confianza, aunque también tenían sentimientos de ansiedad por eventos incontrolables. La estrategia rutina pasiva, se asoció con un buen control metabólico, pero presentaban sentimientos de dependencia. La ambigüedad se caracterizó por sentimientos de renuncia y su control metabólico era pobre. Por último, las personas que empleaban la estrategia, acción basada en la emoción, tenían expresiones de bienestar pero tenían un bajo control.

En conclusión, dichos autores señalan que para poder apoyar a las personas a mantener un buen control metabólico y un estado emocional satisfactorio es preciso conocer las diferentes estrategias de afrontamiento, siendo necesario ahondar en dichos temas.

Otros autores que evalúan las estrategias de afrontamiento en pacientes con DM2 son Gåfvels y Wändell (2007) quienes realizaron una investigación con el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres nacidos en el extranjero en relación con los pacientes nacidos en Suecia. Participaron 77 adultos (41 hombres y 36 mujeres) nacidos en el extranjero y 232 (121 hombres y 111 mujeres) nacidos en Suecia, ambos con DM2. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron a partir del General Coping Questionnaire (GCQ) el cual mide diferentes orientaciones, cada orientación tiene un factor

positivo y uno negativo: autoconfianza-fatalismo, reestructuración cognitiva- protesta, confianza social-aislamiento, minimización-intrusión. Asimismo, se recopilaron los datos sociodemográfico, socioeconómicos y aspectos médicos. Los resultados muestran que los hombres nacidos en el extranjero en comparación con los hombres nacidos en Suecia, mostraron puntuaciones más bajas en la confianza social, al igual que puntuaciones más altas en la estrategia fatalismo, aislamiento e intrusión. Respecto a las mujeres nacidas en el extranjero en comparación con las mujeres nacidas en Suecia, las primeras mostraron puntajes más altos en la estrategia de fatalismo y resignación. Igualmente, los datos señalan que el mayor tiempo transcurrido desde la migración y el nivel educativo, se relacionaron con puntuaciones más bajas para las estrategias de afrontamiento estresantes. Y los problemas financieros se relacionaron con puntuaciones más altas. Los hombres nacidos en el extranjero en comparación con las mujeres nacidas en el extranjero mostraron una calificación más alta en protesta. En conclusión, dichos autores señalan que es importante mejorar y ajustar la atención de la diabetes para los inmigrantes, particularmente hombres ya que se observó que ellos emplean estrategias más angustiosas.

Por último, un estudio que realizó Kvam y Lyons (1991) con el objetivo de analizar cómo las estrategias de afrontamiento y las percepciones del apoyo social influían en el estado de bienestar en personas con diabetes. Los 51 participantes, de los cuales 19 eran insulino dependientes, 15 eran no insulino dependientes (controlaban la enfermedad a través de medicamento oral) y los siete participantes restantes empleaban la dieta para controlar la diabetes.

La forma de afrontamiento se midió a través del Ways of Coping-Revised, con siete estrategias de afrontamiento: enfoque en el problema, deseo de pensar, desapego, apoyo social, crecimiento, culpase a sí mismo y minimizar la amenaza. El apoyo social se midió

por medio del instrumento Perceived Social Support, asimismo se evaluó el bienestar general con el programa general de bienestar. Los resultados señalan que el bienestar general fue mayor en sujetos que utilizaban la estrategia de enfocarse en el problema que en personas que fantaseaban con la diabetes. El apoyo social familiar percibido fue mayor en las personas no insulino dependientes que para los individuos insulino dependientes. En los hombres se mostró un mayor apoyo familiar, mientras que en las mujeres se mostró más apoyo en amigos. Las estrategias de afrontamiento pueden influir en el bienestar general de las personas con diabetes, por ello los autores señalan que es necesario implementar programas que ayuden a las personas a dirigir la enfermedad.

Las anteriores investigaciones han examinado la relación entre el afrontamiento y algunas variables como el género, la edad, la escolaridad y el ingreso familia. Se dice que la manera de afrontar una situación estresante va a depender del género, ya que los hombres como las mujeres se desarrollan en una cultura que impone diferentes normas, roles de género y valores que median las conductas de las personas. Matud (2008) explica que algunos estudios han encontrado que la forma de afrontar el estrés que causa una situación en particular difiere del género. Mientras la mayoría de los hombres afrontan el estrés con la ingesta de alcohol o drogas, las mujeres acuden al médico porque lo interpretan como patológico. A pesar de los diferentes estudios, se necesita información adicional sobre la relación de las variables.

La manera de afrontar también puede verse relacionada con la edad. La literatura sugiere que los estilos de afrontamiento cambian de acuerdo a la edad. Vaillant (1997, en: Carver y Scheier, 1994) comenta que al principio del desarrollo, los mecanismo de defensa se caracterizan por estilos agresivos o inmaduros, conforme al paso del tiempo los mecanismo de defensa de las personas se vuelven más menos agresivos o más maduros. Carver y

Scheier (1994) plantean que la mayoría de los estudios que analizan la relación entre la edad y el afrontamiento se centran en situaciones específicas, debido a la evidencia de los efectos situacionales en el afrontamiento.

En esta misma línea, la variable de tiempo de diagnóstico, es otro elemento que se relaciona con la forma de afrontar. Se puede señalar que las personas que presentan alguna enfermedad, experimentan diferentes situaciones de estrés, desde el momento en el que se les diagnostica. Las personas recién diagnosticadas pueden presentar diferentes tipos de afrontamiento a aquellas personas que llevan mucho tiempo de diagnóstico. Se ha visto que las enfermedades crónicas son de larga duración y de lenta progresión, por ello se podría mencionar que las personas con más tiempo de diagnóstico pueden presentar más deterioro en su salud, por lo cual es muy probable que las estrategias de afrontamiento sean diferentes. Según Gil-Roales (2004), las personas que se encuentran en la etapa crítica de la enfermedad emplean con mayor frecuencia por estrategias de afrontamiento como la negación o minimizar la gravedad de la enfermedad, otras estrategias son apoyo social e información acerca de la enfermedad.

Por último, se ha comentado que el estado civil, especialmente el estar casado ofrece beneficios importantes, por ejemplo: apoyo social, promoción de las conductas saludables entre conyugues (Papalia, Feldman y Martorell, 2012). Según Lazarus y Folkman (1986), las estrategias dirigidas en el problema son más efectivas en las relaciones, ya que otorgan un sentido de auto eficiencia para los retos futuros, al contrario de las estrategias dirigidas a la emoción. A pesar de la información, se necesita estudios que demuestren si el estado civil y el afrontamiento se encuentran relacionados.

En el presente capítulo se describieron las tres perspectivas que tratan de describir el concepto estrés, a partir de cada una de estas perspectivas se han realizado investigaciones,

las cuales han contribuido al conocimiento del comportamiento humano. Enseguida, se expuso las diferentes definiciones de la palabra estrés, una de las definiciones que más se ha empleado es la de Lazarus y Folkman quienes desarrollaron un modelo para explicar el proceso de afrontamiento ante un factor estresante, dicho modelo describe tres tipos de valoración: primaria, secundaria y reevaluación. A partir del desarrollo del modelo, se propusieron algunas estrategias de afrontamiento que dan cuenta de la forma en que las personas enfrentan un evento que es evaluado como estresante. Se describieron las algunas investigaciones que examinan las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas que tienen diabetes, estas investigaciones proporcionan información útil para los profesionales de la salud, para las personas que presentan la enfermedad y para sus familiares. Finalmente, se describieron algunas variables como la edad, el género, tiempo de diagnóstico y estado civil en relación a al afrontamiento.

INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

La diabetes se encuentra entre las primeras causas de enfermedad y mortalidad en México. En ocasiones las personas que padece diabetes pueden llegar a desarrollar depresión, ansiedad u otros trastornos. Sin embargo, la literatura plantea que las personas con diabetes pueden replantear la experiencia de la enfermedad y desarrollar nuevas fortalezas que le permitan un mejor bienestar psicológico y calidad de vida.

Por lo anterior, se considera importante abordar la temática desde la Psicología Positiva, la cual propone estudiar las fortalezas, cualidades positivas, así como el descubrimiento de capacidades que ayuden a superar los eventos estresores y a lograr un mejor bienestar psicológico.

Debido a los pocos estudios a nivel nacional, se propone examinar la relación entre los constructos positivos como el bienestar psicológico y el afrontamiento en pacientes con DM2.

Justificación

En la actualidad, la diabetes es responsable de la muerte de millones de personas. En México, desde hace algunos años, ha estado entre las principales causas de mortalidad. Las personas que tienen diabetes presentan una serie de cambios físicos, sociales, psicológicos y económicos, debidos a estos cambios y a otros factores, las personas están expuestas a situaciones de estrés que afectan el bienestar y a la calidad de vida.

En este sentido, es importante estudiar el bienestar psicológico, ya que las personas con sentimientos positivos y un mayor control de sí mismo, así como un propósito en la vida

pueden afrontar mejor situaciones estresantes, asimismo se ha visto que pueden llegar a apegarse al tratamiento recomendado por el médico.

Es de suma importancia evaluar el bienestar psicológico de las personas con diabetes para conocer el estado, y si es necesario intervenir en aquellos aspectos del bienestar que requieran desarrollarse para incrementar los niveles del mismo, con el fin de tener una mejor calidad de vida e incrementar sus esperanzas de vida.

En esta misma línea, se considera que el área de la Psicología de la Salud se vería beneficiada de contar con evidencia que permita identificar e intervenir en el desarrollo de los constructos positivos del bienestar psicológico en población mexicana con DM2.

Igualmente, se considera importante examinar las estrategias de afrontamiento que se relacionan con el bienestar psicológico, con el fin de realizar intervención que beneficie la manera de afrontar la enfermedad del paciente y obtenga un mejor pronóstico de vida.

En general, se pretende que los resultados de la presente investigación permitan un marco para el diseño de intervenciones basadas en la Psicología Positiva, particularmente en personas que se encuentran en una situación estresante, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, apego al tratamiento y obtener un mejor pronóstico de vida.

Pregunta (s) de investigación

¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico en pacientes con DM2?

¿Qué diferentes estrategias de afrontamiento presentaran las personas con DM2?

Objetivo General

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico que tiene un grupo de pacientes diagnosticados con DM2 de la Clínica de Medicina Familia “Peralvillo”.

Objetivos específicos

Evaluar e identificar las estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con diabetes.

Evaluar e identificar el nivel de bienestar psicológico de un grupo de pacientes con diabetes.

Obtener la validez y confiabilidad de los instrumentos COPE Brief-17 y Bienestar Psicológico de Ryff.

Conocer si existen diferencias en la manera de afrontamiento y bienestar psicológico entre los pacientes jóvenes y mayores.

Conocer si existen diferencias en la manera de afrontamiento y bienestar psicológico entre hombres y mujeres.

Hipótesis

H1. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de bienestar psicológico en pacientes con diabetes.

Ho. No existirá relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de bienestar psicológico en pacientes con diabetes.

MÉTODO

Participantes

Participaron 70 personas (22 hombres y 48 mujeres) diagnosticadas con DM2 de la Clínica Familiar “Peralvillo” de la Ciudad de México. Sus edades oscilaron entre los 41 y 75 años. Dichos participantes fueron seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia y basado en los siguientes criterios: a) haber sido diagnosticado con DM2; b) ser mayor de edad; c) no presentar problemas físicos o cognitivos que impidieran contestar los instrumentos.

Instrumentos

Escala sociodemográfica. Incluye información sobre el sexo, edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, situación laboral, y ocupación. Así como el tiempo de diagnóstico de la DM2 y tratamiento (Anexo, 1).

Escala de Afrontamiento Brief COPE-17 (Carver, 1997) adaptada para pacientes mexicanos por Ornelas-Mejorada, Tufiño, Vite, Tena, Riveros y Sánchez Sosa (2013). La escala está constituida por 17 reactivos agrupados en siete subescalas (planeación, autodistracción, humor, búsqueda de apoyo social, uso de sustancias, apoyo emocional-religioso-espiritual y autoinculpación). Los ítems están planteados en términos de las acciones o pensamientos que se utilizan como formas de afrontamiento, y cada uno tiene cuatro opciones de respuesta (0: en ningún momento; 1: en algún momento; 2: la mayor parte del tiempo; 3: todo el tiempo), referidas a la frecuencia con que la persona realiza una acción o tiene un pensamiento. Los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB, Scale of Psychological Well-being). El instrumento fue desarrollado por Carol D. Ryff (1989). En el presente estudio se utilizó

la versión propuesta por Van Dierendonck (2004), la cual durante el proceso de adaptación a población española fue traducida al castellano por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck (2006). El instrumento cuenta con un total de 39 ítems agrupados en seis subescalas (autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal). Con un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). De acuerdo con el estudio que realizó Van Dierendonck (2004), su versión es la que cuenta con mejores propiedades psicométricas, pues se ajusta significativamente con el modelo de seis factores propuesto, y presenta una consistencia interna aceptable en el total (valores de α por encima de .9) y en cada una de sus subescalas (con valores de α que oscilan entre 0.78 y 0.81). En la población mexicana se ha estudiado las propiedades psicométricas (Anexo, 3).

Por su parte Medilla-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez (2013) aplicó la escala de bienestar psicológico propuesta por Carol Ryff, en población mexicana con una muestra de 477 participantes. Se observó una elevada consistencia interna para el total de la escala y valores entre moderados y elevados para las seis dimensiones.

Escenario

El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Clínica Familiar “Peralvillo” de la Ciudad de México.

Procedimiento

Se solicitó permiso al personal pertinente para el acceso a la Clínica Familiar “Peralvillo” para llevar a cabo la presente investigación. Posteriormente, la psicóloga, les invitó de manera individual a los pacientes que estaban presentes en la sala de consulta externa a participar en un estudio, comentándoles el propósito del mismo, el cual será

conocer la forma en que las personas afrontan la enfermedad, así como evaluar el bienestar psicológico que tienen y la relación que estas variables presentan. Asimismo, se les comentaba que los datos que proporcionarían eran confidenciales, quienes aceptaban contestar los cuestionarios, se les daba un consentimiento informado, el cual tenían que firmar (Anexo, 1). A continuación, se les dio una hoja con los datos sociodemográficos (Anexo, 1). La escala de afrontamiento Brief Cope 17 (Anexo, 2), y la escala de bienestar psicológico (Anexo, 3). La psicóloga permaneció con el paciente hasta que contestó los cuestionarios y apoyó en caso de que existiera alguna duda o comentario. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Aparato estadístico

Se utilizaron las siguientes medidas de tendencia central: media, mediana y moda para la descripción de los participantes. Igualmente, se empleó la prueba *t* de student para comparar los datos por género, tiempo de diagnóstico, grupos de edad y estado civil. Se utilizó una prueba alfa de cronbach para medir la consistencia interna. Asimismo, se empleó un análisis de fiabilidad para determinar la consistencia interna de cada dimensión. Posteriormente, se utilizó una prueba *t* de student con el fin de examinar la diferencia de medias entre las dimensiones del Brief-COPE y género, así como las dimensiones del BP, Ryff y género. Por último, se utilizó un el coeficiente de correlación de *Person* para determinar las correlaciones entre las dimensiones del Brief-COPE, BP, Ryff, y entre las dimensiones de ambos instrumentos.

Cabe señalar que para llevar a cabo dicho estudio, se usaron las mismas dimensiones del instrumento original.

Definición de las variables

Variables sociodemográficas

- 1.- **Edad.** Variable atributiva continua. Se refiere al tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento a la fecha de la entrevista. Se medirá en años cumplidos.
- 2.- **Grupo.** Variable atributiva categórica. Se refiere a el grupo al que pertenece según el rango de edad. 1) grupo jóvenes, y 2) grupo mayores
- 3.- **Sexo.** Variable atributiva dicotómica. Con dos niveles: 1) hombre y 2) mujer.
- 4.- **Estado civil.** Variable atributiva categórica. Con cinco categorías: 1) soltero, 2) casado, 3) divorciado 4) unión libre, y 5) viudo.
- 5.- **Tiene hijos.** Variable atributiva dicotómica. Con dos niveles: 1) sí, y 2) no.
- 6.- **Número de hijos.** Variable atributiva continua. Se refiere al número de hijos vivos que tiene el paciente.
- 7.- **Con quien vive.** Variable atributiva categórica. Se refiere a la persona(s) que cohabitan con el paciente. Con cuatro categorías: 1) solo, 2) pareja, 3) familia, y 4) otro.
- 8.- **Ocupación.** Variable atributiva categórica. Se refiere a la actividad cotidiana que realiza la persona.
- 9.- **Escolaridad.** Variable atributiva categórica. Se refiere al grado escolar alcanzado al momento de la entrevista. Con ocho categorías: 1) primaria, 2) secundaria, 3) preparatoria, 4) carrera técnica, y 5) Universidad.
- 10.- **Situación Laboral.** Variable atributiva categórica. Se refiere a la ocupación del paciente, con siete categorías: 1) nunca ha trabajado, 2) trabajo por mi cuenta, 3) no trabaja en este momento, 4) trabajo fijo de tiempo completo, 5) retirado de trabajar, y 6) trabajo de medio tiempo.
- 11.- **Tiempo de diagnóstico.** Variable atributiva categórica. Se refiere al tiempo desde que el médico le diagnosticó la DM2 hasta el día que se le aplicó el instrumento. Con cinco

categorías: 1) de 1 año a 5 años, 2) de 6 años a 10 años, 3) de 11 años a 15 años, 4) de 15 años a 20 años, y 5) más de 20 años.

12.- **Grupo tiempo de diagnóstico.** Variable atributiva dicotómica. Se refiere al grupo al cual pertenece el paciente de acuerdo al tiempo de diagnóstico. Con dos niveles: 1) grupo de diagnóstico menor, y 2) grupo de diagnóstico mayor.

13.- **Medicamento.** Variable atributiva categórica. Se refiere al conjunto de medicamentos por cuales se pretende disminuir los síntomas que presenta el paciente. Con cinco categorías: 0) ninguno, 1) metformina, 2) insulina más metformina, 3) metformina más glibenclamida, y 4) otros.

Variables de interés.

1.- **Afrontamiento.** Se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1984). Con siete categorías: 1) planeación, 2) autodistracción, 3) humor, 4) búsqueda de apoyo social, 5) uso de sustancias, y 6) apoyo emocional-religioso-espiritual.

2.- **Bienestar psicológico.** Se refiere al desarrollo del verdadero potencial y no solo una cuestión de placer o serenidad consigo mismo (Ryff, 1989). Con seis categorías: 1) autoaceptación o aceptación de sí, 2) relaciones positivas con otras personas, 3) autonomía, 4) dominio del entorno, 5) propósito de vida, y 6) crecimiento personal.

RESULTADOS

En este apartado primeramente se describirá la consistencia interna de los instrumentos Brief COPE-17 y BP, Ryff, la cual se obtuvo mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Asimismo, se describirá la carga factorial para todos los reactivos de los instrumentos, junto con la consistencia interna de cada dimensión. En seguida se presentan los datos sociodemográficos de los participantes. Posteriormente, se muestra el análisis de los datos, en el cual se incluye análisis de medias, así como el análisis de agrupación de datos. Finalmente se detallan las correlaciones entre los instrumentos Brief COPE-17 y BP, Ryff.

Descripción de los instrumentos

Brief COPE-17

Se estableció la consistencia interna del Brief COPE-17 mediante el coeficiente alfa de Cronbach, resultando un valor considerado como aceptable ($\alpha = .729$).

Como se puede observar en la Tabla 1, los reactivos que conforman el inventario Brief COPE-17 muestran cargas factoriales aceptables. Asimismo, se observa una aceptable consistencia interna en la mayoría de las siete dimensiones. La dimensión que mostró mayores niveles de consistencia fue humor ($\alpha = .865$), seguida de la dimensión de apoyo emocional ($\alpha = .619$). Finalmente, los niveles más bajos de consistencia fueron el uso de sustancias ($\alpha = .471$) y autodistracción ($\alpha = .292$).

Tabla 1*Estructura Factorial y consistencia interna del inventario Brief COPE -17 por dimensión.*

| Reactivos | Carga Factorial | Consistencia interna |
|---|-----------------|----------------------|
| Dimensión. Planeación | | .599 |
| 1.- Pienso en lo que tendría que hacer para sobrellevar mi enfermedad | .737 | |
| 10. Pienso en lo que podría hacer para sobrellevar mi enfermedad. | .723 | |
| Dimensión. Apoyo Emocional | | .619 |
| 3. Encuentro consuelo en mi religión. | .692 | |
| 4. Obtengo ayuda emocional de otros. | .700 | |
| 12. Rezo o medito. | .711 | |
| Dimensión. Humor | | .865 |
| 2. Hago bromas sobre lo que me pasa. | .686 | |
| 11. Hago bromas sobre la situación en la que me encuentro. | .686 | |
| Dimensión. Búsqueda de Apoyo Social | | .593 |
| 5. Trato de obtener información o ayuda de otras personas sobre qué hacer. | .699 | |
| 6. Expreso mis sentimientos desagradables. | .714 | |
| 13. Obtengo ayuda e información de otras personas. | .709 | |
| 15. Expreso mis emociones negativas con respecto a lo que estoy pasando. | .721 | |
| Dimensión. Usos de Sustancias | | .471 |
| 7. Uso alcohol y otras drogas para sentirme mejor. | .726 | |
| 16. Uso alcohol u otras drogas para salir adelante. | .731 | |
| Dimensión. Autodistracción. | | .292 |
| 8. Trato de no pensar en mi enfermedad. | .755 | |
| 14. Hago cosas para no pensar en mi enfermedad como: ver la televisión, ir al cine, leer, dormir u otras. | .684 | |
| Dimensión. Autoinculpación | | .551 |
| 9. Me critico por lo que me está pasando | .735 | |
| 17. Me culpo por lo que me está pasando | .736 | |
| Alfa de Cronbach total | | .849 |

BP, Ryff

De igual manera, se estableció la consistencia interna del instrumento BP, Ryff mediante el coeficiente alfa de Cronbach, resultando un valor considerado como aceptable ($\alpha = .849$).

En la Tabla 2 puede observarse los reactivos que conforman el inventario de BP, Ryff, los cuales muestran cargar factoriales aceptables. Asimismo, se observa una aceptable consistencia interna en la mayoría de las siete dimensiones. La dimensión que mostró

mayor nivel de consistencia fue la de aceptación ($\alpha=.723$), seguida de la dimensión Propósito en la vida ($\alpha=.707$). La dimensión que mostró niveles más bajos fue dominio del entorno ($\alpha=.212$).

Tabla 2

Estructura Factorial y consistencia interna del inventario BP, Ryff.

| Reactivos | Carga Factorial | Consistencia interna |
|---|-----------------|----------------------|
| Dimensión. Aceptación | | .697 |
| 1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento en cómo han resultado las cosas. | .843 | |
| 7. En general me siento seguro y positivo conmigo mismo. | .841 | |
| 13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas que cambiaría. | .849 | |
| 19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad. | .841 | |
| 25. En muchos aspectos me siento decepcionado de mis logros en la vida. | .838 | |
| 31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y de la vida que llevo. | .843 | |
| Dimensión. Relaciones Positivas | | .658 |
| 2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones. | .846 | |
| 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar. | .846 | |
| 14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas. | .848 | |
| 20. Me parece que la mayor parte de las personas tiene más amigos que yo. | .843 | |
| 26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza. | .845 | |
| 32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí. | .849 | |
| Dimensión. Autonomía | | .501 |
| 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas. | .848 | |

(Continúa)

Tabla 2. Continúa.

| | | |
|--|------|------|
| 4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que me he hecho en mi vida. | .850 | |
| 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí. | .842 | |
| 10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes. | .858 | |
| 15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones. | .856 | |
| 21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general. | .842 | |
| 27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos. | .839 | |
| 33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia no están de acuerdo. | .843 | |
| Dominio del entorno | | .212 |
| 5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga. | .867 | |
| 11. He sido capaz de construir un modo de vida a mi gusto. | .846 | |
| 16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo. | .846 | |
| 22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen. | .844 | |
| 28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria. | .846 | |
| 39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, haría lo posibles para mejorarla. | .846 | |
| Dimensión. Crecimiento Personal | | .723 |
| 24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo. | .839 | |
| 30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida. | .837 | |
| 34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está. | .852 | |
| 35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo. | .847 | |
| 36. Cuando reflexiono sobre mi vida, realmente no he mejorado mucho como persona. | .842 | |
| 37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona. | .841 | |

(Continúa)

Tabla 2. Continúa.

| | | |
|--|------|------|
| 38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento. | .841 | |
| Dimensión. Propósito en la Vida | | .707 |
| 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad. | .845 | |
| 12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo. | .841 | |
| 17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro. | .846 | |
| 18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración. | .845 | |
| 23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida. | .842 | |
| 29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida. | .840 | |
| Alfa de Cronbach total | | .849 |

En general, se puede señalar que los instrumentos Brief COPE-17 y BP, Ryff presentan una buena consistencia, y los resultados obtenidos a través de estos instrumentos son válidos y confiables.

Descripción de la población

Se analizaron los datos sociodemográficos de los participantes. El presente estudio se llevó a cabo con 70 pacientes (48 mujeres y 22 hombres) con un promedio de edad de 56.42 años (Min. 41 - Máx. 75). Los participantes señalaron que el tiempo de diagnóstico fue de 8.6 años (Min. 2 meses - Max. 30 años). El 45.7 % informaron que se encuentran casados, el 88.6% tiene hijos y 67.1 vive con su familia. Las características demográficas de los participantes se encuentran en la Tabla 3.

Tabla 3*Características Sociodemográfica de los Participantes*

| | <i>n</i> | % |
|--|----------|------|
| Sexo | | |
| Mujeres | 48 | 68.6 |
| Hombres | 22 | 31.6 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 21 | 30.0 |
| Casado | 32 | 45.7 |
| Divorciado | 5 | 7.1 |
| Unión Libre | 3 | 4.3 |
| Viudo | 9 | 12.9 |
| Tiene Hijos | | |
| Sí | 62 | 88.6 |
| No | 7 | 10.0 |
| Vive con | | |
| Solo | 10 | 14.3 |
| Pareja | 13 | 18.6 |
| Familia | 47 | 67.1 |
| Último grado de estudios | | |
| Primaria | 6 | 8.6 |
| Secundaria | 10 | 14.3 |
| Preparatoria | 7 | 10 |
| Carrera técnica | 22 | 31.4 |
| Universidad | 15 | 21.4 |
| Situación Laboral | | |
| Nunca he trabajado | 3 | 4.3 |
| Tengo un trabajo de medio tiempo | 5 | 7.1 |
| Trabajo por mi cuenta | 8 | 11.4 |
| Me retiré de trabajar | 20 | 28.6 |
| No tengo trabajo en este momento | 5 | 7.1 |
| Tengo un trabajo fijo de tiempo completo | 29 | 41.4 |
| Ocupación | | |
| Desempleado | 2 | 2.9 |
| Ama de casa | 20 | 28.6 |
| Empleado | 33 | 47.1 |
| Jubilado/Pensionado | 14 | 20.0 |
| Tiempo de diagnóstico | | |
| De 0 a 11 meses | 8.6 | 6 |
| De 1 año a 5 años | 34.3 | 24 |
| De 6 años a 10 años | 22.9 | 16 |
| De 11 años a 15 años | 10.0 | 7 |

(Continúa)

Tabla 2. Continúa.

| | | |
|----------------------|------|------|
| De 15 años a 20 años | 15.7 | 11 |
| Más de 20 años | 5.7 | 4 |
| Medicamento | | |
| Ninguno | 2 | 2.9 |
| Metformina | 28 | 40.0 |
| Metformina/Insulina | 15 | 21.4 |
| Metformina | 5 | 7.1 |
| Otros | 20 | 28.6 |

Análisis de datos entre grupos

Brief COPE-17

En la Tabla 4 se muestra la diferencia de medias por grupos de edad. Se dividió a la población en dos grupos. El primer grupo fue el de jóvenes de 41 a 56 años, el segundo grupo fue el de mayores de 57-75 años. Asimismo, se utilizó una prueba *t* para conocer la diferencia de medias en las respuestas de los instrumentos en ambos grupos. En la Tabla 4 se muestra que los jóvenes emplean con mayor frecuencia apoyo emocional. En el grupo de los mayores se observa que la estrategia con mayor puntaje es búsqueda de apoyo social. Ambos grupos presentan menos puntaje en la estrategia de uso de sustancias.

Tabla 4

Diferencia de medias entre las dimensiones del instrumento Brief COPE-17 en grupos de edad.

| Dimensiones | Jóvenes | DE | Mayores | DE | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|-------------|---------|-------|---------|-------|----------|-----------|----------|
| PL | 3.38 | 1.596 | 3.12 | 1.771 | .647 | 66 | .520 |
| AE | 3.69 | 2.285 | 4.00 | 2.132 | -.590 | 67 | .557 |
| H | 1.71 | 1.775 | 1.65 | 2.159 | .141 | 67 | .888 |
| BAS | 3.36 | 2.557 | 4.24 | 2.061 | -.675 | 67 | .502 |
| US | .09 | .288 | .06 | .239 | .458 | 66 | .648 |
| AU | 2.51 | 1.579 | 2.21 | 1.533 | -.823 | 67 | .413 |
| AI | .91 | .996 | .59 | .925 | 1.388 | 66 | .170 |

PL: Planeación, AE: Apoyo Emocional, H: Humor, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, US: Uso de Sustancias, AU: Autodistracción AI: Autoinculpción.

**>.01

*>.05

Igualmente se dividió a la población según el tiempo de diagnóstico. El primer grupo fue tiempo de diagnóstico menor de 2 a 84 meses, el segundo grupo fue tiempo de diagnóstico mayor de 85 a 360 meses. Asimismo, se utilizó una prueba *t*. Como se puede observar en la Tabla 5, ambos grupos tienen un mayor puntaje en la estrategia búsqueda de apoyo social, seguida de apoyo emocional, por último ambos grupos emplean con menor frecuencia la estrategia de uso de sustancias.

Tabla 5

Diferencia de medias entre las dimensiones del instrumento Brief COPE-17 en grupos de tiempo de diagnóstico

| Dimensiones | Menor tiempo | DE | Mayor tiempo | DE | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|-------------|--------------|-------|--------------|-------|----------|-----------|----------|
| PL | 3.14 | 1.676 | 3.36 | 1.674 | .6 | 67 | .520 |
| AE | 3.83 | 2.336 | 3.76 | 2.104 | -.590 | 68 | .557 |
| H | 1.92 | 1.918 | 1.44 | 1.972 | .141 | 68 | .888 |
| BAS | 3.86 | 2.270 | 4.18 | 2.380 | -.675 | 68 | .502 |
| US | .11 | .323 | .03 | .171 | .458 | 67 | .648 |
| AU | 2.53 | 1.483 | 2.15 | 1.617 | -.823 | 68 | .413 |
| AI | .80 | .833 | .74 | 1.109 | 1.388 | 67 | .170 |

PL: Planeación, AE: Apoyo Emocional, H: Humor, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, US: Uso de Sustancias, AU: Autodistracción AI: Autoinculpación.

**>.01

*>.05

Por último, se dividió a los participantes según el estado civil (soltero y casado). Se empleó la misma prueba que en los grupos anteriores. En la Tabla 6 se muestra que en el grupo de los solteros y casados, la estrategia con mayor puntaje es búsqueda de apoyo social, enseguida apoyo emocional, por último la estrategia menos empleada fue el uso de sustancias.

Tabla 6

Diferencia de medias entre las dimensiones del instrumento Brief COPE-17 en grupos de estado civil.

| Dimensiones | Solteros | DE | Casados | DE | t | gl | p |
|-------------|----------|-------|---------|-------|-------|----|------|
| PL | 3.47 | 1.674 | 3.03 | 1.654 | 1.103 | 67 | .274 |
| AE | 4.14 | 2.277 | 3.46 | 2.119 | 1.304 | 68 | .197 |
| H | 2.09 | 2.049 | 1.29 | 1.775 | 1.746 | 68 | .085 |
| BAS | 4.34 | 2.351 | 3.69 | 2.259 | 1.192 | 68 | .237 |
| US | .09 | .288 | .06 | .236 | .492 | 67 | .625 |
| AU | 2.49 | 1.579 | 2.20 | 1.530 | .719 | 68 | .445 |
| AI | .71 | .825 | .82 | 1.114 | -.464 | 67 | .644 |

PL: Planeación, AE: Apoyo Emocional, H: Humor, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, US: Uso de Sustancias, AU: Autodistracción AI: Autoinculpación.

**>.01

*>.05

En la Tabla 7 se observa las diferencias de medias entre las dimensiones y las respuestas del instrumento Brief COPE-17 en hombres y mujeres. Se muestra que tanto los hombres refieren más puntaje en la estrategia de apoyo emocional, en el caso de las mujeres la estrategias con un alto puntaje es búsqueda de apoyo social. Ambos grupos señalan menos puntuación en la estrategia de uso de sustancias.

Tabla 7

Diferencia de medias entre las dimensiones del instrumento Brief COPE-17 en hombres y mujeres.

| Dimensiones | H n= 22 | DE | M n=48 | DE | t | P |
|-------------|------------|-------|-----------|-------|--------|------|
| PL | 2.86 | 1.769 | 3.42 | 1.609 | 1.290 | .202 |
| AE | 3.55 | 1.870 | 3.92 | 2.360 | .649 | .518 |
| H | 1.86 | 1.983 | 1.60 | 1.943 | .515 | .608 |
| BAS | 3.32 | 2.212 | 4.33 | 2.309 | 1.729 | .088 |
| US | .14 | .351 | .04 | .204 | -1.400 | .166 |
| AU | 2.45 | 1.565 | 2.29 | 1.557 | -.406 | .686 |
| AI | 1.00 | 1.225 | .67 | .834 | -1.317 | .192 |

PL: Planeación, AE: Apoyo Emocional, H: Humor, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, US: Uso de Sustancias, AU: Autodistracción AI: Autoinculpación.

**>.01

*>.05

BP, RYFF.

Para analizar las medias de las dimensiones del BP, Ryff se emplearon los mismos grupos de edad, tiempo de diagnóstico y estado civil. A continuación en la Tabla 8 se observan que en ambos grupos la dimensión de autonomía presenta un mayor puntaje, seguida de propósito en la vida y un menor puntaje en relaciones positivas. Asimismo, se observa que el grupo de jóvenes obtuvo una mayor puntuación en el total del instrumento.

Tabla 8

Diferencia de medias entre las dimensiones y las respuestas del instrumento BP, Ryff en grupos de edad.

| Dimensiones | Jóvenes | DE | Mayores | DE | t | gl | p |
|-------------|---------|--------|---------|--------|-------|----|------|
| A | 26.80 | 5.086 | 27.29 | 3.262 | -.479 | 67 | .634 |
| RP | 25.57 | 6.006 | 25.03 | 4.970 | .408 | 67 | .685 |
| AT | 36.91 | 5.458 | 36.64 | 4.662 | .225 | 66 | .823 |
| DE | 27.09 | 3.062 | 27.39 | 3.132 | -.410 | 66 | .683 |
| CP | 29.03 | 4.534 | 27.68 | 4.940 | 1.185 | 67 | .240 |
| PV | 30.54 | 4.009 | 29.88 | 3.574 | .722 | 67 | .473 |
| Total Ryff | 180.91 | 21.660 | 179.97 | 14.519 | .208 | 65 | .836 |

A: Aceptación, RP: Relaciones Positivas, AT: Autonomía, DE: Dominio del Entorno, CP: Crecimiento Personal, PV: Propósito en la Vida.

**>.01

*>.05

En la Tabla 9 se muestra que los grupos menor y mayor tiempo de diagnóstico tienen un mayor puntaje en la dimensión de autonomía y propósito en la vida, por último relaciones positivas. El grupo mayor de diagnóstico presenta una mayor puntuación en el total del instrumento.

Tabla 9

Diferencia de medias entre las dimensiones y las respuestas del instrumento BP, Ryff en grupos de tiempo de diagnóstico.

| Dimensiones | Menor tiempo | DE | Mayor tiempo | DE | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|-------------|--------------|--------|--------------|--------|----------|-----------|----------|
| A | 27.11 | 4.228 | 27.00 | 4.299 | .109 | 68 | .914 |
| RP | 26.14 | 4.823 | 24.62 | 6.120 | 1.158 | 68 | .251 |
| AT | 36.58 | 4.753 | 37.06 | 5.362 | -.392 | 67 | .696 |
| DE | 27.11 | 2.587 | 27.21 | 3.625 | -.121 | 67 | .904 |
| CP | 27.81 | 5.013 | 29.06 | 4.410 | -1.108 | 68 | .272 |
| PV | 29.69 | 3.919 | 30.76 | 3.559 | -1.194 | 68 | .237 |
| Total Ryff | 179.89 | 17.267 | 181.30 | 19.673 | .3.16 | 66 | .753 |

A: Aceptación, RP: Relaciones Positivas, AT: Autonomía, DE: Dominio del Entorno, CP: Crecimiento Personal, PV: Propósito en la Vida.

**>.01

*>.05

En el caso de la variable de estado civil, en la Tabla 10 se muestra que los solteros y los casados tienen un mayor puntaje en la dimensión de autonomía, y una menor puntuación en la dimensión de aceptación y dominio del entorno. Igualmente, los solteros presentan un mayor puntaje en el total del instrumento. Se puede apreciar que en la dimensión dominio del entorno los solteros y los casados difieren de manera estadísticamente significativa.

Tabla 10

Diferencia de medias entre las dimensiones y las respuestas del instrumento BP, Ryff en grupos de estado civil.

| Dimensiones | Solteros | DE | Casados | DE | t | gl | p |
|-------------|----------|--------|---------|--------|-------|----|--------|
| A | 27.51 | 3.147 | 26.60 | 5.100 | .903 | 68 | .370 |
| RP | 25.11 | 5.645 | 25.69 | 5.427 | -.432 | 68 | .667 |
| AT | 36.51 | 4.642 | 37.12 | 5.437 | -.496 | 67 | .621 |
| DE | 28.59 | 2.630 | 25.77 | 2.951 | 4.181 | 67 | .000** |
| CP | 29.00 | 4.808 | 27.83 | 4.662 | 1.035 | 68 | .304 |
| PV | 30.60 | 3.334 | 29.71 | 4.127 | 1.114 | 68 | .3269 |
| Total Ryff | 183.15 | 14.452 | 178.00 | 21.472 | 1.160 | 66 | .836 |

A: Aceptación, RP: Relaciones Positivas, AT: Autonomía, DE: Dominio del Entorno, CP: Crecimiento Personal, PV: Propósito en la Vida.

**>.01

*>.05

En la Tabla 11 se observa las diferencias de medias entre las dimensiones y las respuestas del instrumento BP, Ryff, en hombres y mujeres. Se muestra que tanto los hombres y las mujeres tiene un mayor puntaje en la dimensión autonomía y un puntaje menor en la dimensión relaciones positivas, a pesar de ello, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 11

Diferencia de medias entre las dimensiones y las respuestas del instrumento BP, Ryff en hombres y mujeres.

| Dimensiones | H n=22 | DE | M n= 48 | DE | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|-----------|-------|------------|--------|----------|----------|
| A | 27.91 | 4.128 | 26.67 | 4.264 | -1.143 | .257 |
| RP | 26.55 | 5.449 | 24.88 | 5.507 | -1.182 | .241 |
| A | 36.86 | 5.339 | 36.79 | 4.925 | -.058 | .954 |
| DE | 27.09 | 3.728 | 27.19 | 2.833 | .124 | .902 |
| CP | 29.09 | 4.780 | 28.10 | 4.737 | -.807 | .423 |
| PV | 30.81 | 2.905 | 29.93 | 4.091 | -.908 | .367 |
| Total Ryff | 183.22 | 19.69 | 179.30 | 17.751 | -.824 | .414 |

A: Aceptación, RP: Relaciones Positivas, AT: Autonomía, DE: Dominio del Entorno, CP: Crecimiento Personal, PV: Propósito en la Vida.

**.$.01$

*.$>.05$

Análisis de correlaciones

En la Tabla 12 se presentan las correlaciones del inventario del Brief COPE-17, se puede observar que existen correlaciones entre algunas dimensiones de dicho inventario. La correlación que es estadísticamente significativa es entre la búsqueda de apoyo social y el apoyo emocional (AE) ($r = .485, p = .000$), seguida de la correlación entre el humor (H) y apoyo emocional (AE) ($r = .433, p = .000$) y correlaciones entre la autodistracción (AU) y el humor (H) ($r = .344, p = .004$). Seguida de correlaciones más bajas pero significativas entre búsqueda de apoyo social (BAS) y humor (H) ($r = .304, p = .011$), finalmente entre autodistracción (AU) y apoyo emocional (AE) ($r = .270, p = .024$).

Tabla 12*Índices de correlación de Pearson entre las dimensiones del inventario Brief COPE-17.*

| Dimensiones | AE | H | BAS | US | AU | AI |
|-------------|------|--------|--------|-------|--------|-------|
| PL | .139 | .029 | .235 | -.008 | -.020 | -.071 |
| AE | ---- | .433** | .485** | .226 | .270* | -.108 |
| H | | --- | .304* | .161 | .344** | .184 |
| BAS | | | --- | .118 | .197 | -.152 |
| US | | | | --- | .188 | .126 |
| AU | | | | | --- | .128 |

PL: Planeación, AE: Apoyo Emocional, H: Humor, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, US: Uso de Sustancias, AU: Autodistracción AI: Autoinculpación.

**>.01

*>.05

En la Tabla 13 se presentan las correlaciones del inventario de BP, Ryff, como se puede observar existen correlaciones entre las dimensiones. Las correlaciones que son estadísticamente significativas es entre propósito en la vida (PV) y crecimiento personal (CP) ($r = .626, p = .000$), seguida de la correlación entre propósito en la vida (PV) y aceptación (AT) ($r = .521, p = .000$), la correlación entre crecimiento personal (CP) y aceptación (A), ($r = .477, p = .000$), posteriormente, la correlación entre relaciones positivas (RP) y aceptación (A) ($r = .459, p = .000$), seguida de propósito en la vida (PV) y autonomía (AT) ($r = .421, p = .000$), asimismo, se encontraron correlaciones entre crecimiento personal (CP) y dominio del entorno (DE) ($r = .417, p = .000$), así como las entre dimensiones crecimiento personal (CP) y autonomía (AT) ($r = .388, p = .001$), seguida de autonomía (AT) y aceptación (A) ($r = .380, p = .001$), además se encontraron correlaciones entre propósito en la vida (PV) y dominio del entorno (DE) ($r = .349, p = .003$), autonomía (AT) y relaciones positivas (RP) ($r = .322, p = .007$), propósito en la vida (PV) y relaciones positivas ($r = .315, p = .008$). Finalmente, se puede ver que existen correlaciones más bajas pero significativas entre dominio del entorno (DE) y aceptación

(A) ($r = .300, p = .012$), al igual que crecimiento personal (CP) y relaciones positivas (RP) ($r = .281, p = .019$).

Tabla 13

Índices de correlación de Pearson entre las dimensiones del inventario de BP, Ryff.

| Dimensiones | RP | AT | DE | CP | PV |
|-------------|--------|--------|-------|--------|--------|
| A | .459** | .380** | .300* | .477** | .521** |
| RP | ---- | .322** | .007 | .281 | .315** |
| AT | | --- | .201 | .388** | .421** |
| DE | | | --- | .417** | .349** |
| CP | | | | --- | .626** |

A: Aceptación, RP: Relaciones Positivas, AT: Autonomía, DE: Dominio del Entorno, CP: Crecimiento Personal, PV: Propósito en la Vida.

** .01

* > .05

En la Tabla 14 se puede observar la correlación entre el inventario Brief-COPE y el inventario de BP, Ryff. Las correlaciones que son estadísticamente significativas son entre Dominio del Entorno (DE) y autoinculpación (AI) ($r = -.389, p = .001$), seguida de aceptación (A) y autoinculpación (AI) ($r = -.371, p = .002$). Asimismo, se encontró una correlación negativamente significativa entre la dimensión crecimiento personal (CP) y autoinculpación (AI) ($r = -.366, p = .002$), así como autonomía (AT) y autoinculpación (AI) ($r = -.318, p = .008$) y Propósito en la Vida (PV) y autoinculpación (AI) ($r = -.273, p = .023$). Por último, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre relaciones positivas (RP) y autonomía (AU) ($r = -.241, p = .04$).

Tabla 14*Índices de correlación de Pearson entre el inventario Brief-COPE y el inventario de BP, Ryff.*

| Dimensiones | AE | H | BAS | US | AU | AI | A | RP | AT | DE | CP | PV |
|-------------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|
| PL | .139 | .029 | .235 | -.008 | -.020 | -.071 | .099 | -.076 | -.103 | .089 | .000 | .133 |
| AE | ----- | .433** | .485** | .226 | .270* | -.108 | .052 | .113 | -.149 | .164 | -.007 | .080 |
| H | | ----- | .304** | .161 | .344** | .184 | .110 | .181 | .065 | .192 | .099 | .217 |
| BAS | | | ----- | .118 | .197 | -.152 | .075 | -.018 | -.004 | .135 | .136 | .133 |
| US | | | | ----- | .188 | .126 | .116 | .191 | .010 | -.055 | -.153 | .132 |
| AU | | | | | ----- | .128 | -.114 | .241* | -.179 | .030 | -.201 | -.112 |
| AI | | | | | | ----- | -.371** | .096 | -.318** | -.389** | -.366** | -.273* |
| A | | | | | | | ----- | .459** | .380** | .300** | .477** | .512** |
| PR | | | | | | | | ----- | .322** | .007 | .281* | .315** |
| AT | | | | | | | | | ----- | .201 | .388** | .421** |
| DE | | | | | | | | | | ----- | .417** | .349** |
| CP | | | | | | | | | | | ----- | .626** |

PL: Planeación, AE: Apoyo Emocional, H: Humor, BAS: Búsqueda de Apoyo Social, US: Uso de Sustancias, AU: Autodistracción AI: Autoinculpación. A: Aceptación, RP: Relaciones Positivas, AT: Autonomía, DE: Dominio del Entorno, CP: Crecimiento Personal, PV: Propósito en la Vida.

**>.01

*>.05

Poder discriminativo de cada reactivo

En el siguiente apartado se presentan los resultados respecto al poder discriminativo de cada uno de los reactivos de los instrumentos. Para este análisis se agrupó a los participantes en dos categorías: puntajes altos y puntajes bajos. Dichas categorías fueron obtenidas con base al punto de corte indicado por los autores de los instrumentos. Para el instrumento Brief COPE-17 los puntajes bajos se presentaban entre 0-17, mientras los puntajes altos se presentaban entre 34-51. Para el instrumento BP, Ryff los puntajes bajos se presentaban entre 39-59 y los puntajes altos se presentaban entre 118-234.

En el caso del BP, Ryff, se encontró que al comparar los grupos con base a los puntajes de los participantes se observó que los puntajes altos oscilaban con mayor frecuencia, lo cual limitó el análisis.

A continuación se presentan las siguientes tablas, las cuales muestran el poder discriminativo de cada reactivo.

En la Tabla 15 se muestra que el reactivo 1 es sensible para diferenciar entre los superiores e inferiores en la dimensión de planeación.

Tabla 15

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la dimensión de Planificación del instrumento Brief COPE-17.

| Reactivo | Grupo bajo (n=5) | DE | Grupo alto (n=14) | DE | t | gl | p |
|----------|---------------------|------|----------------------|------|--------|----|--------|
| 1 | .000 | .000 | .79 | .426 | -4.050 | 17 | .001** |
| 10 | 1.000 | .000 | 1.21 | .426 | -1.105 | 17 | .285 |

**>.01

*>.05

En la Tabla 16 se muestra que los reactivos no son sensibles para diferenciar entre los superiores e inferiores en la dimensión de apoyo emocional y religioso.

Tabla 16

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la dimensión de Apoyo Emocional y Religiosos del instrumento Brief COPE-17.

| Reactivo | Grupo bajo (n=11) | DE | Grupo alto (n=12) | DE | t | gl | p |
|----------|----------------------|------|----------------------|------|--------|----|------|
| 3 | .18 | .405 | .33 | .492 | -4.802 | 21 | .432 |
| 4 | .73 | .467 | 1.08 | .793 | -1.296 | 21 | .209 |
| 12 | .09 | .302 | .58 | .515 | -2.764 | 21 | .012 |

**>.01

*>.05

En la Tabla 17 se muestra el reactivo 11 es sensible para diferenciar entre los superiores e inferiores en la dimensión de humor.

Tabla 17

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la dimensión de Humor del instrumento Brief COPE-17.

| Reactivo | Grupo bajo (n=6) | DE | Grupo alto (n=15) | DE | t | gl | p |
|----------|---------------------|------|----------------------|------|--------|----|--------|
| 2 | 1.00 | .000 | 1.07 | .458 | -.351 | 19 | .729 |
| 11 | .00 | .000 | .93 | .458 | -4.918 | 19 | .000** |

**>.01

*>.05

En la Tabla 18 se muestra que los reactivos no son sensibles para diferenciar entre los superiores e inferiores en la dimensión de búsqueda de apoyo social.

Tabla 18

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la dimensión de Búsqueda de Apoyo Social del instrumento Brief COPE-17.

| Reactivo | Grupo bajo (n=11) | DE | Grupo alto (n=12) | DE | t | gl | p |
|----------|----------------------|------|----------------------|------|--------|----|------|
| 5 | .14 | .378 | .67 | .492 | -2.419 | 17 | .027 |
| 6 | .43 | .535 | .33 | .492 | .394 | 17 | .698 |
| 13 | .43 | .535 | .83 | .389 | -1.908 | 17 | .073 |
| 15 | .00 | .000 | .17 | .389 | -1.119 | 17 | .279 |

**>.01

*>.05

En la Tabla 19 se muestra que los reactivos no son sensibles para diferenciar entre los superiores e inferiores en la dimensión de autodistracción.

Tabla 19

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la dimensión de Autodistracción del instrumento Brief COPE-17.

| Reactivo | Grupo bajo (n=13) | DE | Grupo alto (n=14) | DE | t | gl | p |
|----------|----------------------|-------|----------------------|-------|-------|----|------|
| 8 | 2.93 | 1.441 | 3.00 | 1.754 | -.124 | 25 | .902 |
| 14 | 4.62 | .961 | 4.36 | 1.151 | -.124 | 25 | .534 |

**>.01

*>.05

En la Tabla 20 se muestra que los reactivos no son sensibles para diferencias entre los superiores e inferiores la dimensión de autoinculpación.

Tabla 20

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la dimensión de Autoinculpación del instrumento Brief COPE-17.

| Reactivo | Grupo bajo (n=13) | DE | Grupo alto (n=14) | DE | t | gl | p |
|----------|----------------------|------|----------------------|------|------|----|------|
| 9 | .38 | .506 | .21 | .426 | .949 | 25 | .352 |
| 17 | .31 | .480 | .29 | .469 | .120 | 25 | .905 |

**>.01

*>.05

En general, se puede concluir que al comparar los grupos con base a los puntajes se encontró que solo los reactivos 1 y 11 fueron estadísticamente significativos, es decir discriminan.

DISCUSIÓN

En el presente apartado, se discutirá la relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico de un grupo de pacientes con DM2. Primeramente se analizará la relación entre algunas variables sociodemográficas como el género y las variables de interés. Asimismo, se analiza qué estrategias de afrontamiento y dimensiones del bienestar psicológico emplean con mayor frecuencia los hombres y las mujeres. Enseguida se discute la relación entre las variables de estudio. Por último se presentan las limitaciones y los aportes de la presente investigación.

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con DM2. Respecto a este objetivo, los resultados muestran que sí existe una relación entre estas dos variables.

En primer lugar, se realizó un análisis de los datos sociodemográfico y datos clínicos, con respecto a ello, se observó que las puntuaciones variaron entre los grupos de edad, tiempo de diagnóstico y estado civil.

Respecto a las estrategias de afrontamiento se observó que el grupo de los jóvenes, el grupo de los casados y los solteros, al igual que el grupo de menor y mayor tiempo de diagnóstico tienen una mayor puntuación en la estrategia de búsqueda de apoyo social. Excepto el grupo de mayores quienes presentan una mayor puntuación en la estrategia de apoyo emocional, así mismo se puede observar que este mismo grupo tiene mayor puntuación en la estrategia de uso de sustancias y en la estrategia de autoinculpación. A pesar de que Mayordomo, Sales, Satorres y Blasco (2015) plantea que las personas mayores saben identificar mejor sus emociones y pensar estrategias para conducirse eficazmente en situaciones problemáticas, los resultados de la presente investigación

señalan que las personas de mayor edad emplean con mayor frecuencias algunas estrategias que no propician la resolución del factor estresante. En este sentido, se pretende orientar las intervenciones a las personas de mayor edad para que empleen estrategias que minimicen el evento estresante y poder afrontar de mejor manera la situación.

En relación con el bienestar psicológico se pudo observar que el grupo de los mayores, el grupo de menor tiempo de diagnóstico, así como el grupo de los casados presentaban un menor puntaje en la variable de bienestar psicológico. Se puede señalar que las personas de la presente investigación con las características antes mencionadas, es decir que sean mayores de edad, que tengan poco tiempo de diagnóstico y estén casadas, presentan un menor bienestar psicológico. Por esta razón se pretende dirigir mayor atención hacia dichos grupos con el objetivo de intervenir con programas dirigidos a ampliar el bienestar psicológico. Asimismo, se muestra que los casados y los solteros son estadísticamente diferentes en la dimensión dominio del entorno. En el grupo de los solteros el puntaje es mayor que en el caso de los casados. De acuerdo a lo anterior, los solteros tienen mayor habilidad para crear entornos favorables, sintiéndose capaces de influir con el entorno (Ryff, 1989).

En esta misma línea, se enfatiza que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por parte de las mujeres con DM2 es la búsqueda de apoyo social, seguida de la estrategia de apoyo emocional-religioso-espiritual y planificación. En los hombres con DM2 las estrategias más empleadas fueron apoyo emocional-religioso-espiritual, búsqueda de apoyo social y planificación.

Aportando al tema Tuncay, Musaback, Gok, Kutlu (2008) examinaron las estrategias de afrontamiento en personas con diabetes, encontraron que los pacientes con DM2 originarios de Turquía empleaban con mayor frecuencia la estrategia de aceptación, religión

y planificación, sin embargo, su investigación no se muestran si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a las estrategias más empleadas.

Específicamente en México, Zenteno, Báez, Flores y Marín (2012) observaron que las estrategias más empleadas por personas que presentan diabetes fueron la retirada social, la autocrítica, la evitación de problemas y las estrategias menos empleadas fueron la reestructuración cognitiva, y el pensamiento desiderativo.

Otro estudio que aborda las estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes fue el de Ledón, Agramonte, Mendoza, Fabré, Hernández y Chirinos (2007) quienes mostraron que la estrategia más utilizada tanto en hombres como en mujeres, fue la búsqueda de apoyo social.

De acuerdo con lo anterior, en la presente investigación tampoco se observaron diferencias significativas en el tipo de estrategia empleada por parte de los hombres y de las mujeres, sin embargo, se encontró un mayor puntaje por parte de las mujeres en la estrategia búsqueda de apoyo social. Acorde a la literatura, las mujeres emplean con mayor frecuencia estrategias que implican a otras personas ante el afrontamiento a enfermedades crónicas (Ponce, Velázquez, Márquez, López, Moreno y Bellido, 2009).

En general, se puede señalar que los pacientes del presente estudio tienden a buscar personas con el fin de obtener información, así como para ser y sentirse apoyadas para realizar actividades relacionadas a la salud. Según, Arredondo, Márquez, Márquez, Moreno y Bazán (2006), buscar personas para obtener apoyo e información tiene una gran influencia que impacta en la salud. Igualmente Schreurs y De Ridder (1997) plantean que el apoyo social puede ser un factor esencial para un manejo exitoso de la diabetes. Sin embargo, para que el apoyo social sea influencia positiva para la salud se tiene que reforzar las conductas adecuadas (Musii, 2009).

Otra estrategia que emplearon con mayor frecuencia fue apoyo emocional-espiritual-religioso, es decir, las personas que participaron en la presente investigación tienden a incrementar su participación en actividades religiosas para manejar los estresores de la enfermedad. Como señala Folkman (1997), las prácticas espirituales y creencias religiosas probablemente son un predictor de la presencia de estados psicológicos positivos para los cuidadores que perdieron a su conyugue, lo cual puede ser un evento muy estresante. Los hallazgos coinciden con el estudio de Yanez, Edmondson, Stanton, Park, Kwan, Ganz y Blank (2009) quienes plantean que la espiritualidad y la fe pueden facilitar el ajuste del individuo ante a la enfermedad. Otro estudio que da cuenta del papel de la espiritualidad es el de Rowe y Allen (2004) quienes plantean que la espiritualidad puede ser una estrategia efectiva para hacerle frente a la enfermedad. Asimismo, sus hallazgos señalan que los individuos que presentan alguna enfermedad crónica, la espiritualidad puede influir en el bienestar psicológico. Por su parte Quincero y Vinaccia (2009) comenta que la religión y la espiritualidad en personas con enfermedades crónicas ha sido un tema a tratar, debido a los hallazgos obtenidos en relación a la salud.

Otra estrategia más utilizada por parte de los participantes de la presente investigación fue la planificación. Se puede decir que los participantes planifican acciones que ayudan a responder ante los cambios que pueda conllevar la enfermedad, a pesar de ello, no fue la primera estrategia que emplean para hacer frente a la diabetes.

Por su parte, Casseretto y Paredes (2004) encontraron que la estrategia de afrontamiento que más emplean los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la planificación. Dicha estrategia podría ayudar a los pacientes a planificar los horarios de visita con el médico para recibir tratamiento de la hemodiálisis, al igual que los cambios de horario de la sustancia dializante.

Respecto a los pacientes que presentan diabetes, la estrategia de planificación puede ayudar a organizar las citas con el médico para tener un control de la glucosa, obtener el medicamento y realizarse los análisis pertinentes. Igualmente, la planificación puede ayudar a la ejecución de actividades relacionadas a la alimentación, el ejercicio físico y a la ingesta del medicamento. De acuerdo con Casseretto y Paredes (2006), el desarrollo de la planificación puede permitir el control de la enfermedad, al igual puede disminuir las evaluaciones de amenaza, pérdida o daño, y por ende, los niveles de estrés.

Por otra parte, la estrategia de afrontamiento menos empleada por parte de los pacientes fue el uso de sustancias. El presente hallazgo coincide con un estudio que analizó las estrategias de afrontamiento en pacientes con DM1 y DM2, el cual encontró que una pequeña minoría respondía a los eventos relacionados con la diabetes con la estrategia de consumo de sustancias. Igualmente, el consumo de sustancias se relacionó con la negación y la separación conductual. Correlacionándose de manera inversa con la aceptación (Tuncay, Musabak, Gok, Kutlu, 2008).

Respecto al uso de sustancias o medicamentos para disminuir el malestar emocional, puede no ser una estrategia de afrontamiento que ayude al paciente a adherirse al tratamiento médico y posiblemente traer futuras complicaciones de la enfermedad, deterioro de la salud y un pobre bienestar psicológico.

En cuanto a la variable de bienestar psicológico, se observó que los hombres y las mujeres no presentaban diferencias significativas en cuanto a la puntuación total de dicha variable. Sin embargo, los hombres mostraron un leve aumento en la puntuación. Estos resultados parecen concordar con el estudio de Néss, Midthjell, Moum, Sørensen y Tambs (1995) quienes encontraron que el bienestar psicológico entre hombres y mujeres con diabetes no difiere. Asimismo, señalan que los pacientes que estaban más conscientes de su

diagnóstico tenían un menor puntaje en bienestar psicológico en contraste con los pacientes que no se encontraban diagnosticados.

En otra investigación, Kvam y Lyons (1991) reportan que los hombres de distinto origen (blancos, hispanos, orientales y negros) obtuvieron un mayor puntaje en la variable de bienestar. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en la Ciudad de Toluca, Estado de México en pacientes con DM2 muestra que las mujeres obtuvieron una media más alta en el bienestar psicológico (Castro, González, Oudhof, Domínguez y Valdez, 2016).

En esta misma línea, la dimensión de bienestar psicológico con mayor puntaje por parte de los hombres fue autonomía, seguida de propósito en la vida, crecimiento personal, aceptación, dominio del entorno y relaciones positivas. Al igual que los hombres, las mujeres obtuvieron un mayor puntaje la dimensión de autonomía, propósito en la vida, crecimiento personal, enseguida de la dimensión dominio del entorno aceptación y autonomía. Como se puede observar, no se encontraron puntuaciones significativas diferentes entre los participantes.

En síntesis, en los participantes de ambos sexos, la dimensión con mayor puntaje fue autonomía, seguida de propósito en la vida. Respecto a la dimensión menos utilizada fue relaciones positivas. Los resultados comparten los hallazgos de Castro y cols (2016) quienes encontraron que hombres y mujeres obtuvieron mayor puntaje en la dimensión de autonomía y crecimiento personal.

En relación con la dimensión de autonomía, Ryff (1989) señala que dicho concepto comprende la autodeterminación, la independencia, y la regulación de la propia conducta. De acuerdo con Mussi (2009) se ha visto que el paciente con alguna enfermedad crónica que está informado sobre su enfermedad y puede regular su conducta a través de cambios

de hábitos, puede tener mejor calidad de vida, dicho constructo se encuentra estrechamente ligada con el bienestar psicológico.

En cuanto a la dimensión de propósito en la vida, se refiere a la sensación de que el pasado y el futuro tienen sentido y significado. Las personas del presente estudio experimentan la sensación de intencionalidad y direccionalidad dos aspectos fundamentales para percibir las metas de la vida (Ryff, 1989).

En las últimas décadas, los profesionales de la salud han centrado su atención en los aspectos psicológicos, como es el bienestar psicológico de los pacientes con DM. En la actualidad, la evaluación y el desarrollo de intervenciones psicológicas son importantes, específicamente para la promoción del bienestar psicológico en enfermedades crónicas como la diabetes (McMain, Links, Gnam, Guimond, Cardish, Korman y Streiner, 2009). En esta línea, Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría, y Rigotti (2014) concluyen en su investigación que el bienestar psicológico se asoció con un menor riesgo de cardiopatía coronaria en comparación con las personas que presentan niveles más bajos de bienestar, los cuales tenían un mayor riesgo de sufrir dicha enfermedad.

Asimismo, los investigadores han otorgado importancia a factores positivos que pueden influir en la salud y al bienestar. Por ejemplo González-Celis y Padilla (2006) comentan que las personas que tienden a responder de forma más positiva ante la enfermedad presentan un mayor repertorio de conductas de autocuidado, adherencia al tratamiento y bienestar en general.

Cabe señalar que el presente estudio y la investigación realizada por Castro y cols (2006) son una fuente de información respecto al bienestar psicológico en la población mexicana con diabetes, ello posibilita futuras intervenciones que permitan abordar de una manera más completa las necesidades del paciente.

En cuanto al estudio de la correlación entre las variables, los datos indican que sí existen relaciones estadísticamente significativas. Los resultados de la relación entre las variables mostraron correlaciones negativas entre una estrategia de afrontamiento (autoinculpación) y algunas dimensiones del bienestar psicológico (autoaceptación, crecimiento personal y propósito en la vida).

De acuerdo a los resultados, es posible inferir que la estrategia de autoinculpación puede dificultar la capacidad de las personas para percibir una imagen positiva de sí mismo, así como a la sensación de apreciar que la vida tiene algún propósito y a la búsqueda del propio potencial. De acuerdo con Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg y Bru (2004), la tendencia a la autoculpa en personas con diabetes puede ser un problema cuando se trata de asumir la responsabilidad de la gestión enfermedad. Estos mismos autores señalan que existen pocos estudios referidos a la autoinculpación, sin embargo, algunos reportan que culpabilizarse por la situación se relaciona estrechamente con un bienestar psicológico pobre. Por su parte Carrasco, Campbel, García-Mas, Brustad, Quiroz y López (2010) comenta que la repuesta de autoinculpación puede conducir a la evitación de pensar en el problema y buscar recompensas alternativas.

Una investigación que da cuenta de la relación entre las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico es el estudio de Becerra y Otero (2013) quienes encontraron relaciones significativas e inversas entre el estilo evitativo y el bienestar psicológico global. Dichos hallazgos son relevantes ya que señalan que el bienestar psicológicos se relaciona con el ajuste de la enfermedad, lo cual se contrapone con el estilo evitativo, ya que este considera un rol pasivo para hacer frente al factor estresante.

Otro estudio es el de Solano (2012) quien exploró la relación entre el bienestar psicológico, percepción del dolor, afrontamiento y síntomas depresivos en personas con

artritis. Encontró que el bienestar psicológico se correlacionó con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema, la estrategia de supresión de actividades competentes.

Al igual que el presente estudio, los resultados sugieren una relación entre los constructos estudiados lo que implementa el conocimiento del bienestar psicológico, particularmente en pacientes que presentan diabetes.

En conclusión se puede comentar que las estrategias de afrontamiento probablemente son un elemento importante que actúa como mediador del bienestar psicológico. Particularmente, los resultados de la presente investigación señalan que la estrategia de autoinculpación se relaciona de forma inversa con algunas dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación, propósito en la vida y autoaceptación. Estos hallazgos sugieran profundizar la relación y el impacto de dichas relaciones, debido a que un mayor conocimiento permitiría orientar el desarrollo de nuevas investigaciones, dirigidas a la promoción y desarrollo del bienestar psicológico.

Se considera que la presente investigación constituye un aporte para la Psicología de la Salud, dado que otorga un panorama acerca de los variables estudiadas en personas con DM2 en población mexicana.

Si bien los hallazgos no se pueden generalizar, sirven como un soporte para la intervención psicológica. En el caso de los pacientes diagnosticados con DM2 que empleen estrategias de afrontamiento no adaptativas a la enfermedad, el profesional pudiera desarrollar programas dirigidos a modificar el comportamiento del paciente a través de técnicas que mejoren el afrontamiento ante la enfermedad, con el fin de acrecentar el bienestar y la calidad de vida.

Así mismo, el profesional de la salud y el paciente deben de trabajar de manera conjunta para que éste último tenga un funcionamiento óptimo, por medio del fortalecimiento de las habilidades relacionadas con el bienestar psicológico.

Se puede señalar que, los hallazgos encontrados son un marco de referencias para las siguientes investigaciones interesadas en los constructos estudiados con personas que presentan DM2. Sin embargo, se requiere que existan observaciones más precisas con el fin de ampliar el conocimiento de dichas variables en población mexicana con DM2.

El presente estudio tiene varias limitaciones, se puede señalar que una de las limitaciones del estudio corresponde al número de participantes, ya que se contó con un número reducido. Asimismo, la mayoría de los participantes fueron mujeres, por ello se sugiere ampliar la muestra y contar con la misma cantidad de participantes de ambos sexos y quizá poder generalizar los hallazgos.

Otra de las limitaciones fue la aplicación de los instrumentos, ya que en ocasiones se optó por explicar las preguntas a los participantes debido a la falta de habilidades de lectura y comprensión, para ello se sugiere emplear material anexo para no inferir ninguna respuesta.

Por último, se llevó a cabo el análisis del poder discriminativo de cada uno de los reactivos, sin embargo para el instrumento BP, Ryff ninguno de los reactivos muestra la capacidad o el poder discriminativo. Estos resultados pueden deberse a que los participantes presentan un alto bienestar psicológico, probablemente a que todos acuden a la clínica de salud para revisión, por lo que se puede suponer que se preocupan por su salud y bienestar. Debido a estos resultados es posible que en futuras investigaciones se realice estudio piloto, con el fin de observar los resultados.

En términos de futuras líneas de investigaciones relacionadas con el presente tema se destacan la necesidad de estudiar y conocer las actitudes, pensamientos, experiencias y creencias de las personas con DM2 a través de la técnica de grupos focales, dicha técnica posibilita la obtención de datos cualitativos que pudieran más ser relevantes para conocer el bienestar psicológico y la manera de afrontar.

REFERENCIAS

- Álvarez, C. S., Mejía, J. J., & Vélez, M. G. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *CES Salud Pública*, 3, 28-37.
- American Cancer Society (2015). Recuperado el 8 de agosto del 2016, en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/comocomprendersudiagnostico/fragmentado/de-spues-del-diagnostico-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-common-cancer-treatments>
- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). Antecedentes históricos de la salud. En Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 21-32) Madrid: Pirámide.
- Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., & Borda, M. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte*, 21, 48-40.
- Arredondo, M.A., Márquez, C, E., Moreno, A., F & Bázan, C.M. (2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11, 43-48.
- Baena, D., Del Val García, J., Tomàs P., Martínez, M., Martín, P., González, T., Raidó, Q., Pomares S, Altés, B., Álvarez, P., Piñol, F., Rovira, E., & Oller, C. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 367-373.
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 5, 20-26.

- Becerra, L.I., & Otero, F.S. (2013). Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama. Tesis de para obtener el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Becoña, E., Oblitas, L., & Vázquez, F. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Buela-Casal, B., Caballo, V.E., & Sierra, C.J. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. En Brannon, L. y Feist, J. *Psicología de la salud* (pp. 353-360) Madrid: Paraninfo.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-105.
- Carver, C. S., & Antoni, M. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595-598.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-389.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184.

- Carrasco, A. E. R., Campbel, R. Z., García-Mas, A., Brustad, R. J., Quiroz, R. G., & López, A. L. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte, 19*, 117-133.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología, 24*, 109-140.
- Castro, C. V.A., González, A. L. F., Oudhof, H., Domínguez, E.A.M., & Valdez., M. J.L. (2016). Resiliencia y bienestar psicológico en personas con diabetes mellitus tipo 2. En Roja, G. A., Villalobos, M. G., Brunett, Z. K., y Martínez, O. P. J. *Por una cultura de paz. Una mirada desde las ciencias de la conducta* (pp. 154-163).
- Córdova, V, J. A., Barriguete, M, J. A., Lara, E, A., Barquera, S, Rosas, P, M., Hernández, A, M., De León, M, E. & Aguilar, S, C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México, 50*, 419-427.
- De Haro-Rodríguez, M. A., Gallardo-Vid, L. S., Martínez, M. L. M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., & Hernández, E. P. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología, 11*, 87-99.
- Díaz, F. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología, 2*, 1-15.
- Díaz, D., Rodríguez, C. R., Blanco, A., Moreno, J. B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*, 572-577.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-157.

- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*, 79-87.
- Fernández, M.D., & Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6*, 129-136.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine, 45*, 1207-1221.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 571-579.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*, 218-226.
- Gåfvels, C., & Wändell, P. E. (2007). Coping strategies in immigrant men and women with type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice, 76*, 269-278.
- García-Viniegra & González (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana, 16*, 586-592.
- Gil-Roales, J. (2004). Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones.
- Góngora, C., E. & Reyes-Lagunes, I. (1999). La Estructura de los Estilos de Enfrentamiento: Rasgo y Estado en un Ecosistema Tradicional Mexicano. *Revista Sonorense de Psicología, 13*, 3-14.

- González-Celis, A. L., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5, 501-510.
- Hervás, G. T. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 23-41.
- INFOSIDA (2016). SIDA. Recuperado el 13 de agosto del 2016, en:
<http://www.infosida.es/que-es-el-vih#>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2004). *El IMSS en cifras: la mortalidad en la población derechohabiente, 2003*. Recuperado el 16 de Octubre del 2016, en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044m.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). Enfermedades del corazón. Recuperado el 15 de agosto del 2016, en: <http://www.imss.gob.mx/preguntas-de-salud/preguntas-corazon>
- Instituto Nacional de Cancerología (2014). El cáncer aspectos básicos: biología, clínica, prevención diagnóstico y tratamiento. Recuperado el 7 de agosto del 2016, en:
<https://issuu.com/emiliooswaldovegagonzales/docs/elcancer>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Recuperado el 19 de agosto del 2016, en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer (2016). Manual de enfermería oncológica. Recuperado el 6 de agosto del 2016, en:
https://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&q=http%3A%2F%2Fwww.msal.gob.ar%2Fimagenes%2Fstories%2Fbes%2Fgraficos%2F0000000011cnt-08-manual%2520enfermeria_08-03.pdf&btnG=&lr=
- Iturbe, P. V., Vásquez, S. C., & Trejo, B. D. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 73-86.

- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive. *Mental Health*. New York: Basic Books.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B. R., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, *53*, 299-308.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B. R., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health y Medicine*, *9*, 53-70.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, *61*, 121-140.
- Kvam, S. H., & Lyons, J. S. (1991). Assessment of coping strategies, social support, and general health status in individuals with diabetes mellitus. *Psychological Reports*, *68*, 623-632.
- Lamotte, J. A. (2014). Infección por VIH/SIDA en el mundo actual. *Medisa*, *18*, 993-1013.
- Lazarus, R., S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. España, Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag.
- Lazarus, R., S & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 466-475.
- Ledón, L. L., Agramonte, M. A., Mendoza, T. M., Fabré, R. B., Hernández Y. J. A., & Chirinos, C. J. L. (2007). Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. *Revista Cubana de Endocrinología*, *18*, 1-5.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Clin. Psychol*, *1*, 629-65.

- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental, 25*, 42-55.
- Lopategui, E. (2000). Enfermedades crónicas. Universidad Interamericana de Puerto Rico. Recuperado el día 20 de agosto del 2016, en:
<http://www.saludmed.com/Salud/ECronica/ECronica.html>
- Lundman, B., & Norberg, A. (1993). Coping strategies in people with insulin-dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator, 19*, 198-204.
- Lupano, P. M., & Castro, S. A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas, 4*, 43-56.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *131*, 803-855.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *Psicodebate, 12*, 9-22.
- Matarazzo, J. D. (1984). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Michigan: Willey interscience.
- Matud, A., M. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica, 15*, 75-94.
- Mayordomo, R, T., Sales, G, A., Satorres, P, E., & Blasco, I, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología, 8*, 26-32.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1365-1374.

- Morales, F. M., & Trianes, M. V. (2015). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 275-286.
- Mussi., M.C. (2009). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En Oblitas, L. *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.113-148). México: Thomson.
- National Cancer Institute (2015). Diagnosis. Recuperado el 8 de agosto de 2016, en: <http://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/diagnosis>
- National Institutes of Health (2014) ¿Cómo se diagnostican las enfermedades del corazón? Recuperado el 16 de agosto del 2016, en: [https://search.nih.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih&query=Cardiovascular es+diseases&commit=Search](https://search.nih.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih&query=Cardiovascular+es+diseases&commit=Search)
- Néss, S., Midthjell, K., Moum, T., Sørensen, T., & Tambs, K. (1995). Diabetes mellitus and psychological well-being. Results of the Nord-Trøndelag health survey. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 179-188.
- Nitsche, M. P., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G., & Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista Médica de Chile*, 142, 1316-1323.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16, 9-38.
- ONUSIDA (2015). El sida en cifras. Recuperado el 13 de agosto del 2016, en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). Cáncer. Recuperado el 6 de agosto del 2016, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado el 15 de agosto del 2016, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Enfermedades crónicas. Recuperado el 20 de agosto del 2016, en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Programa contra la infección por el VIH/sida. Recuperado el día 14 de agosto del 2016, en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf
- Ornelas-Mejorada, Tufiño, Vite, Tena, Riveros & Sánchez Sosa (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23, 55-62.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). Desarrollo psicosocial en la adultez emergente y la adultez temprana. En Papalia, D., Felman, R., & Martorell, G. *Desarrollo humano* (pp.466- 467) México: McGrawHill.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11-19
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 3, 2-21.
- Peiró, J.M., Ayala, Y., Tordera, N., Lorentre, L., & Rodríguez, I. (2014). Bienestar sostenible en el trabajo: Revisión y reformulación. *Papeles del Psicólogo*, 35, 5-14.
- Piña, L. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, 233-255.
- Ponce, G. J. M., Velázquez, S. A., Márquez, C. E., López, R. L., & Bellido, M. M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18, 224-228.

- Pouwer, F., Snoek, F. J., Van Der Ploeg, H. M., Adèr, H. J., & Heine, R. J. (2001). Monitoring of Psychological Well-Being in Outpatients With Diabetes Effects on mood, HbA1c, and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, *24*, 1929-1935.
- Quinceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas. Perspectivas Psicológicas*, *5*, 321-336.
- Quiroz, C. N., Méndez, P. O., Valero, C. Z. V., & Trujano, R. S. (2013). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, *20*, 213-220.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2002) *Psicología y salud*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, UNAM-CONACYT.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica y de la Salud, un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, M. (2003). Inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y ciencia social*, *5*, 11-19.
- Rowe, M. M., y Allen, R. G. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*, *19*, 62-67.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-79.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, *4*, 99-104.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 719-727.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, *29*, 1383-1394.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2014). Estrés, conducta de afrontamiento y creencias relativas a conducta adaptativa en pacientes con tumores óseos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *40*, 81-98.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *3*, 141-157.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Zeta Bolsillo.
- Seligman, M. E. (2004). Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. *Simon and Schuster*, 13-59-60.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction *American Psychological Association*, *5*, 5-14.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Solano, C. C. M. (2012). Relaciones entre el dolor por Artritis Reumatoide con el Bienestar Psicológico, Afrontamiento y Síntomas Depresivos. Tesis de para obtener el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, *75*, 73-85.
- Soulsby, L. K., & Bennett, K. M. (2015). Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology*, *6*, 1349-1359.

- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1257-1264.
- Schreurs, K., & De Ridder, D. (1997). Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, *17*, 89–112.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 875.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, *35*, 34-59.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, *6*, 1-9.
- Van Dierendonck, D. (2004). The Construct Validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its Extension with Spiritual Well-being". *Personality and Individual Differences*, *36*, 629-644.
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Descle de Brower. 17-39.
- Vecina, J. M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, *27*, 9-17.
- Veloso-Besio, C., Caqueo-Arancibia, W., Caqueo-Urizar, A., Muñoz-Sánchez, Z., & Villegas-Abarzúa, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psicología*, *22*, 23-34.

- Villegas, C. (2012). *Psicología de la salud: una aproximación al estudio de la percepción de la enfermedad en la adherencia a los padecimientos crónicos degenerativos*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Wise, E. H., Sturm, C. A., Nutt, R. L., Rodolfa, E., Schaffer, J. B., & Webb, C. (2010). Life-long learning for psychologists: Current status and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, 288–297.
- Wyke, S., & Ford, G. (1992). Competing explanations for associations between marital status and health. *Social Science & Medicine, 34*, 523-532.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 730-741.
- Zenteno, L. M., Báez, H. F., Flores, M. M., & Marín, C. M. (2012). Estrategias de Afrontamiento e Indicadores de Salud en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. *Desarrollo Científico en Enfermería, 20*, 286-290.

Anexos



Anexo 1
Consentimiento informado

Protocolo “Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en Pacientes Diabéticos”

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para conocer la forma de sentir y actuar de las personas que tienen algún problema de salud. A continuación se le pedirá que voluntariamente responda las preguntas, puede decidir no contestarlas en cualquier momento y esto no tendrá ninguna repercusión sobre la atención médica que le brinden a usted o a sus familiares usuarios de los servicios en esta institución hospitalaria.

La información que proporcione es de carácter confidencial y su médico o personal de la clínica no tendrá acceso a la misma. Por favor conteste de la forma más honesta a cada una de las siguientes preguntas.

Con mi firma declaro tener 18 años o más de edad y que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios.

Nombre _____ Firma _____

Gracias por su participación.

Fecha de aplicación: ____/____/____

No. de registro _____

Instrucciones: Marque con una **X** la opción que le parezca más adecuada a su situación actual.

Datos sociodemográfico

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Edad: _____ (años cumplidos) | | Sexo: Mujer (1) Hombre (2) | |
| Estado civil: | Soltero (1) Divorciado (3) Viudo (5) | Casado (2) Unión Libre (4) | Tiene hijos: No (1) Sí (2) ¿Cuántos? _____ |
| Viven con: | Solo (1) Pareja(2) Familia (3) | Amigos (4) Otro Especifique: _____ | Ocupación: _____ Religión: _____ |
| Último grado de estudios: | Primaria (1) Secundaria (2) | Preparatoria (3) Carrera técnica (4) | Estudios Universitarios (5) |
| Situación laboral: | Nunca he trabajado (1) Tengo un trabajo de medio tiempo (2) Trabajo por mi cuenta (3) | Me retiré de trabajar (4) No tengo trabajo en este momento (5) Tengo un trabajo fijo de tiempo completo (6) | |

Datos Médicos

| |
|--|
| ¿Hace cuántos años le diagnosticaron diabetes? _____ |
| ¿Toma algún medicamento para controlar la diabetes? _____ |
| ¿Prescripción de medicamento de la última consulta ? _____ |

**Anexo 2
COPE 17**

(INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO)

Estamos interesados en conocer la manera en que usted ha afrontado la enfermedad.

Instrucciones: Después de leer cada pregunta, ponga una **X** en la opción que mejor describa lo que usted hizo o hace en los últimos siete días.

| | En ningún momento | En algún momento | La mayor parte del tiempo | Todo el tiempo |
|--|--------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1.- Pienso en lo que tendría que hacer para sobrellevar mi enfermedad. | | | | |
| 2.- Hago bromas sobre lo que me pasa. | | | | |
| 3.- Encuentro consuelo en mi religión. | | | | |
| 4.- Obtengo apoyo emocional de otros. | | | | |
| 5.- Trato de obtener información o ayuda de otras personas sobre qué hacer. | | | | |
| 6.- Expreso mis sentimientos desagradables. | | | | |
| 7.- Uso alcohol u otras drogas para sentirme mejor. | | | | |
| 8.- Trato de no pensar en mi enfermedad. | | | | |
| 9.- Me critico por lo que me está pasando. | | | | |
| 10.- Pienso en lo que podría hacer para sobrellevar mi enfermedad. | | | | |
| 11.- Hago bromas sobre la situación en la que me encuentro. | | | | |
| 12.- Rezo o medito. | | | | |
| 13.- Obtengo ayuda e información de otras personas. | | | | |
| 14.- Hago cosas para no pensar en mi enfermedad como: ver la televisión, ir al cine, leer, dormir u otras. | | | | |
| 15.- Expreso mis emociones negativas con respecto a lo que estoy pasando. | | | | |
| 16.- Uso alcohol u otras drogas para salir adelante. | | | | |
| 17.- Me culpo por lo que me está pasando. | | | | |

Anexo 3
SPWB

(ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO)

Instrucciones: En esta lista encontrará una serie de frases a las que debe de responder marcando con una **X** la opción con la que más se identifique.

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Parcialmente en acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|----------------------------|-------------------------|------------|-----------------------|
| 1.-Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento en cómo han resultado las cosas. | | | | | | |
| 2.-A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones. | | | | | | |
| 3.-No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas. | | | | | | |
| 4.-Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida. | | | | | | |
| 5.-Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga. | | | | | | |
| 6.-Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad. | | | | | | |
| 7.-En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo. | | | | | | |
| 8.-No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar. | | | | | | |
| 9.-Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 10.-Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes. | | | | | | |
| 11.-He sido capaz de construir un modo de vida a mi gusto. | | | | | | |
| 12.-Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo. | | | | | | |
| 13.-Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría. | | | | | | |
| 14.-Siento que mis amistades me aportan muchas cosas. | | | | | | |
| 15.-Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones. | | | | | | |
| 16.-En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo. | | | | | | |
| 17.-Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro. | | | | | | |
| 18.-Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración. | | | | | | |
| 19.-Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad. | | | | | | |
| 20.-Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo. | | | | | | |
| 21.-Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 22.-Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen. | | | | | | |
| 23.-Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida. | | | | | | |
| 24.-En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo. | | | | | | |
| 25.--En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida. | | | | | | |
| 26.-No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza. | | | | | | |
| 27.-Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos. | | | | | | |
| 28.-Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria. | | | | | | |
| 29.-No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida. | | | | | | |
| 30.-Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida. | | | | | | |
| 31.-En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y de la vida que llevo. | | | | | | |
| 32.-Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí. | | | | | | |
| 33.-A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia no están de acuerdo. | | | | | | |
| 34.-No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 35.-Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo. | | | | | | |
| 36.-Cuando reflexiono sobre mi vida, realmente no he mejorado mucho como persona. | | | | | | |
| 37.-Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona. | | | | | | |
| 38.-Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento. | | | | | | |
| 39.- Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, haría lo posible para mejorarla. | | | | | | |

