



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ**

*Licenciatura en Psicología Plan de Estudios 2008
Acuerdo CIRE10/11 del 24 de mayo de 2011
CLAVE DE INCORPORACIÓN A LA UNAM 8967-25*

**TALLER DE AUTOESTIMA PARA POTENCIAR
EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS, QUE
PROVOCA LA ENFERMEDAD DIABETES
MELLITUS TIPO 2.**

T E S I S

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA*

PRESENTA
GUADALUPE HERRERA BENAVIDES

ASESORA
MARÍA DEL CARMEN CORRALES MORALES

ORIZABA, VERACRUZ

SEPTIEMBRE DE 2019.



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.

DEDICATORIAS

A Dios: Por permitirme existir, crearme tal cual soy y darme la dignidad de ser su hija, pero, sobre todo, por acompañarme siempre fielmente. Aún más, por dejarme experimentar su amor, para que yo pueda también expresarlo con obras al mundo.

A mis padres: Por darme no sólo el don de la vida, sino también por ocuparse de guiarme día a día, darme el patrimonio de la educación en Dios y esperar lo mejor de mí. Son mi fortaleza.

A mis hermanas Ana y Claudia: Por preocuparse por mí, ser mis sabias y divertidas compañeras de vida e intentar ayudarme. Pero, sobre todo, por motivarme a trascender con su ejemplo.

A todos mis maestros: Sin excepción alguna, porque cada uno dejó huella y contribuyó en la formación única con que conté y que me hace ser quien soy como profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIAS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MARCO TEÓRICO 10

CAPÍTULO I. DEFINICIÓN DE DIABETES 10

1.1 Antecedentes Históricos 10

1.1.1. La antigüedad..... 10

1.1.2 Periodo de Diagnóstico. 12

1.1.3 Periodo Experimental..... 13

1.1.4 Periodo del descubrimiento de la insulina..... 13

1.1.5 Periodo Contemporáneo..... 14

1.2 Tipos de Diabetes 15

1.3 Definición de Diabetes Mellitus 2 17

1.3.1 Fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2..... 18

1.3.2 Síntomas y consecuencias de la Diabetes Mellitus 2..... 20

1.3.3 Factores de riesgo que provocan Diabetes Mellitus 2..... 22

1.3.4 Implicaciones de la Diabetes Mellitus 2 en el ámbito social. 24

1.4 Proceso psicológico de adaptación a la enfermedad..... 27

CAPÍTULO II. AUTOESTIMA 30

2.1 Desarrollo de autoestima 33

2.1.1 Dimensiones de la autoestima. 33

2.1.2 Componentes que conforman la autoestima..... 36

2.1.3 Niveles de Autoestima. 39

2.2 Terapia cognitivo conductual en el desarrollo de autoestima..... 40

CAPÍTULO III. AFRONTAMIENTO A FACTOR ESTRESANTE 44

3.1 Definición de estrés 44

3.1.1 Factores que influyen en la percepción de un acontecimiento como estresante. 48

3.1.2 Enfermedad crónica como factor estresante..... 53

3.2 Definición de afrontamiento del estrés 55

3.2.1 Estilos y estrategias de afrontamiento al estrés..... 57

3.2.2 Implicaciones del afrontamiento a la enfermedad crónica..... 59

3.2.3 Respuestas de afrontamiento a la enfermedad. 63

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA 69

4.1 Diseño 69

4.2 Aproximación metodológica 70

4.3 Limitaciones 70

4.4 Variables 71

4.5 Instrumentos	72
4.6 Sujetos	74
4.7 Marco contextual	74
4.8 Procedimientos	74
RESULTADOS	83
ANÁLISIS DE RESULTADOS	91
RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS	97
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de síntomas del Estrés.....	47
Tabla 2. Demandas Ambientales evaluadas para el Afrontamiento	56
Tabla 3. Clasificación de los Recursos de Afrontamiento	56
Tabla 4. Características de la muestra.....	83
Tabla 5. Medición de Autoestima en pretest.....	84
Tabla 6. Medición de Autoestima en postest	84
Tabla 7. Valores de Afrontamiento Mental en pretest	85
Tabla 8. Valores de Afrontamiento Mental en postest.....	85
Tabla 9. Valores de Afrontamiento Conductual en pretest	86
Tabla 10. Valores de Afrontamiento Conductual en postest.....	86
Tabla 11. Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Mental en pretest	87
Tabla 12. Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Mental en postest.....	88
Tabla 13. Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Conductual en pretest	89
Tabla 14. Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Conductual en postest	90

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Medición del nivel de autoestima para adultos. Dale Meléndez, (2011)	
Anexo 2. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	
Anexo 3. Instrumento de medición de estilos de vida de pacientes con Diabetes Mellitus 2 (IMEVID)	
Anexo 4. Taller para el desarrollo de autoestima	
Anexo 5. Sesión 1	
Anexo 6. Sesión 2	
Anexo 7. Sesión 3	
Anexo 8. Sesión 4	
Anexo 9. Sesión 5	
Anexo 10. Sesión 6	
Anexo 11. Sesión 7	
Anexo 12. Evidencia fotográfica del taller impartido	
Anexo 13. Constancia de aplicación del taller	

RESUMEN

Uno de los más grandes obstáculos alrededor de la condición metabólica o enfermedad crónica Diabetes Mellitus 2 (DM-2), es la falta de apego al tratamiento por parte de los pacientes, dicho inconveniente atañe a todo el sector salud, en cuanto a las enfermedades crónicas se refiere. Sin embargo, dado que el término apego o adherencia al tratamiento implica una modificación conductual, a largo plazo en el caso de las enfermedades crónicas, es decir un estilo de vida diferente; es pertinente apoyarse en la psicología para lograr esta meta de manera prolongada.

Puesto que el objeto de estudio de esta ciencia es la conducta, el presente trabajo ha enmarcado una investigación en el contexto de esta materia, realizando una propuesta a través de un taller para el desarrollo de la autoestima. Con base en el, se potenció indirectamente el afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad DM-2.

¿Qué tiene que ver esto con la adherencia al tratamiento? Probablemente uno de los mayores hallazgos que deja esta investigación es confirmar que el afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad, entendido según Lazarus y Folkman como Afrontamiento a la enfermedad como factor estresante, conlleva estilos mentales que involucran el uso de diferentes estrategias, para combatir a una demanda interpretada (cognitivamente) por el individuo como mayor a sus recursos; por esta razón a este primer complejo estilo-estrategia le llamaremos durante el presente trabajo Afrontamiento cognitivo. Sin embargo, el Afrontamiento a la enfermedad involucra respuestas que son de tendencia conductual directa hacia la Diabetes Mellitus 2. Por consiguiente, en lo que respecta al afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad, las respuestas de afrontamiento son aquellas conductas responsables de autocuidado y apego al tratamiento que realiza el sujeto.

Así pues, para corroborar la hipótesis: El desarrollo de autoestima, a través de un taller, potencia el afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad Diabetes Mellitus 2. Fue estipulado realizar el método *pretest – postest*. El cual constó de los siguientes pasos: Primera evaluación (*pretest*) de las variables autoestima y afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad Diabetes Mellitus 2, midiendo en esta segunda variable tanto el uso de estilos y estrategias (procesos cognitivos) como de respuestas (tácticas conductuales de autocuidado/apego al tratamiento), posteriormente se implementó el taller diseñado para desarrollo de autoestima y por último se realizó un *postest* de las variables autoestima y afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad DM-2, implicando de igual manera la medición de estilos y estrategias.

Finalmente, habiendo obtenido como resultado el aumento de ambas variables posterior a la aplicación del taller, resulta evidente la relevancia del trabajo psicológico en el acompañamiento de las enfermedades crónicas, con el objetivo de lograr un mayor apego al tratamiento y a su vez, mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este punto, fue importante realizar un análisis del contraste entre la trascendencia del tratamiento psicológico dentro del sector salud y la carente existencia de psicólogos en clínicas y hospitales.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus 2 (DM-2), Autoestima, Estrés, Afrontamiento al estrés

INTRODUCCIÓN

Actualmente México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en obesidad, según datos mostrados en la página oficial del senado de la república (2017). Esto, ha traído consecuencias biológicas en la ciudadanía, y se ha vuelto evidente que tenemos hábitos alimenticios que resultan perjudiciales a la salud. Uno de los trastornos metabólicos más frecuentes es la Diabetes, que está directamente relacionada con la obesidad, misma que es provocada por la mala alimentación, y también funge como detonante en personas genéticamente predispuestas a la Diabetes.

La Diabetes Mellitus, es una de las principales causas de muerte en México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el censo correspondiente al año 2016. Apareciendo como causa de mortalidad en segundo lugar, tanto en mujeres de 35 a 44 años, como a nivel global, mientras que en hombres; es la primera causa de mortandad a partir de los 45 a los 64 años.

El deber de las ciencias es, en este caso la prevención de la Diabetes Mellitus 2 y en casos en los que la misma ya sea cursada, evitar que se llegue a consecuencias severas que aminoren la calidad de vida de los pacientes y ocasionen su muerte.

Partiendo del punto de vista del pensamiento complejo, como bien menciona su autor, Edgar Morin (1998), las especializaciones tienen el efecto secundario de hacer que la sociedad se olvide de la vida real del ser humano, y hace que cada ciencia cuente con sólo un pedazo de esta realidad. Es importante no encasillar al ser humano en un concepto perteneciente sólo a una ciencia y entenderlo como un ser interdisciplinario.

Después de lograr un acercamiento específico, es importante volver a establecernos en la realidad, de que el ser humano en sí mismo es un sistema, divisible en su estudio, pero indivisible en su vivir diario. En lo que respecta al punto de vista del presente trabajo se deben entender las enfermedades, particularmente la Diabetes Mellitus 2, inmersa en todos los contextos de los pacientes que la cursan, y sobre todo en un enfoque que permita acercarnos a la realidad de la enfermedad; es decir, ver al fenómeno Diabetes Mellitus 2 no sólo biológicamente, sino trascender a cómo es que la enfermedad influye en la vida de las personas.

En cuanto al plano que a la salud emocional atañe, la enfermedad Diabetes Mellitus 2, es vista para la población en general de manera catastrófica, por esta misma razón; al poseerla provoca depresión y ansiedad (CAIPaDI, 2015) en algunos pacientes que son diagnosticados con ella. Esto sucede debido a las consecuencias severas que son popularmente conocidas, sin embargo; pocos saben que la Diabetes es una enfermedad controlable, que, con ayuda de una dieta saludable con buenos hábitos alimenticios, medicamentos y ejercicio, no impiden la realización de la vida de las personas a nivel regular o promedio.

Existen personas diagnosticadas con esta enfermedad que no se atienden, debido a que solo conocen lo que se dice o han aprendido por observación, a través de casos cercanos de vecinos o familiares, que han tenido consecuencias como ceguera o amputaciones. Obteniendo como resultado una visión disfuncional de la enfermedad Diabetes Mellitus 2, y pensando que hagan lo que hagan no podrán evadir las consecuencias que trae esta enfermedad. Optan por pasar su vida sin cuidados de los que ameritan, y ello les lleva a una carente calidad de vida.

Por otra parte, la falta de información o la información incorrecta de la enfermedad, provoca tensión, estrés, ansiedad, y disfunciones familiares, ya que es muy poco conocido que, los índices de hiperglucemia en sí mismos provocan estrés, malestares físicos que llevan a las personas que la padecen a estar irritables. Provocando conflictos en sus contextos y ansiedad e un círculo vicioso.

De igual forma, la hipoglucemia provoca malestares físicos que pueden resultar simbólicos, como la pérdida de energía, estado en el que se tienen condiciones similares a las de un paciente somnoliento y aletargado, esto hace que las personas cercanas a ellos, los identifiquen como perezosos o apáticos. Por tanto, la persona con Diabetes es un paciente al que cuesta trabajo entender y es prejuiciado, debido a que sus síntomas se manifiestan a nivel conductual y dichas conductas son muy estereotipadas.

Teniendo una visualización profunda de la realidad humana del paciente que cursa Diabetes, salta a la vista que el trabajo psicológico es importante, antes de la enfermedad para prevenir a la sociedad formando hábitos alimenticios, y durante la enfermedad para no caer en patologías mentales.

La meta del trabajo del psicólogo debe ser entonces, generar con base en recursos propios, un mayor afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad (DM-2). Con la perspectiva de que con el afrontamiento se facilite la formación de hábitos alimenticios y propicie a llevar a cabo la dieta establecida, fomentando una nueva forma de vivir, amándose ellos mismos como base en sus vidas, para tener una mejor calidad de ella.

En este mismo sentido, también con la finalidad de justificar y contextualizar la intersección entre la psicología y la salud. Además de denotar la importancia de la temática tocada en la presente investigación. Cabe la mención de que, desde hace décadas; la psicología ha hecho grandes esfuerzos para demostrar su interés en enfermedades, siendo de más importancia aquellas que se consideran crónicas.

En 1978 la Asociación Psicológica Americana (citado en Oblitas, 2010) crea la Psicología de la salud, esta nueva división de la Psicología se centra en una óptica; desde la cual, el ser humano es visto con la lente de varias disciplinas y áreas a su vez, estas son: psicología experimental, social, clínica, fisiología y epidemiología.

Otra definición de esta nueva apertura en la ciencia de la psicología (clínica y de la salud), dice que es:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Matarazzo, citado en Oblitas, 2010, p. 15).

Por su parte, Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998, citado en Oblitas, 2010), en esta definición señalan cuatro aspectos dignos de mención en un intento por sintetizar las principales tareas que atañe la psicología de la salud:

- 1.- Promoción y mantenimiento de la salud.
- 2.- Prevención y tratamiento de la enfermedad.
- 3.- Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones.
- 4.- Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Como se puede observar en estas definiciones, destaca esta área como transdisciplinaria. En la que no sólo se buscan explicaciones o descripciones, sino que se esfuerza en suma para contribuir con investigaciones de tipo experimental, que puedan revertir las repercusiones epidemiológicas de muchas enfermedades, además de entenderlas de una forma mucho más óptima y real.

Desde sus primeros años de investigación y experimentación, dicha disciplina dedica sus esfuerzos a contribuir con sus estudios a la revelación de la Diabetes Mellitus, con el objeto de innovar y mejorar el tratamiento y prevención de dicha enfermedad. Obteniendo como consecuencia un freno; o incluso de una manera más ambiciosa, un retroceso de los números estadísticos de padecimiento y causa de muerte.

Martos et al. (2010) establecen que los regímenes complicados que se deben llevar a cabo por largo tiempo, requieren de un verdadero cambio conductual. Este es el caso de la Diabetes, en la cual el tratamiento dura toda la vida del paciente.

En el año de 1990, Roales-Nieto (citado en Beneit y Latorre, 1994) hace la aseveración de que el propio paciente con Diabetes Mellitus, puede controlar sus niveles de glucosa en sangre mediante dieta y ejercicio físico. Con ello el propio paciente tiene la posibilidad de impedir su empeoramiento.

Parece sencilla la respuesta, la adherencia al tratamiento es el comportamiento que el paciente que presenta Diabetes Mellitus tiene que seguir. Según Pedro José Beneit Medina (citado en Beneit y Latorre, 1994), para que el paciente pueda apegarse al tratamiento, debe conocer y comprender su trastorno, para con ello reaccionar a sus manifestaciones, formándole a su vez un autocuidado.

Sin embargo, si la respuesta está desde hace más de dos décadas, qué sucede con los pacientes que llegan a tener repercusiones graves de salud debido a sus índices hiperglucémicos.

Este autor también asegura que existen aspectos básicos en este concepto, mismos que se explican a continuación:

- a) Información sobre la Diabetes. En este punto, menciona que, conociendo la enfermedad, el paciente estará en mejor disposición de aceptar el papel activo que le corresponde para toda la vida.

b) Formación en autocuidado de la Diabetes. En este aspecto, el autor enfatiza que por sí solo, no podrá dar ningún resultado. Se refiere en este segundo componente a la formación del paciente en: inyecciones de insulina, dieta, autoanálisis de glucosa (en sangre y orina), ejercicio físico y demás cuidados.

En este sentido, durante el presente trabajo se pretende abarcar el aspecto de la adherencia al tratamiento, misma que conlleva el autocuidado. Manipulándolo desde la raíz; que, en esta investigación, se contempla que depende de una mayor estima del paciente hacia sí mismo.

Resulta que los pacientes han solido carecer de la motivación suficiente para seguir el procedimiento indicado. Pero los avances no se hacen esperar, los investigadores se interesan en dar respuesta a dicha incógnita antes planteada. Por otro lado, Roales-Nieto en 1990 (citado en Beneit y Latorre, 1994), propone tres barreras para la adherencia:

1. Complejidad del régimen terapéutico.
2. Evitación de hipoglucemias. Ya que esto conlleva síntomas muy aversivos, se generan por cantidades de glucosa en sangre por debajo de lo normal. Esto lleva a los pacientes a suspender la dieta o ejercicio.
3. Relación paciente-personal sanitaria. En este apartado se habla de que el aspecto conductual es carente, el personal sanitario se resume a hacer recomendaciones clínicas.

En general, algunas de las estrategias de intervención psicológica utilizadas en el tratamiento de Diabetes Mellitus, para generar adherencia al tratamiento, se pueden resumir en métodos conductistas, tales como: Reforzamiento, economía de fichas o entrenamiento en habilidades sociales con el uso de *role playing*, combinación de técnicas de fijación de objetivos, autocontrol y contrato conductual (Beneit y Latorre, 1994).

Es hasta principios del segundo milenio, que comienzan a surgir investigaciones con una concepción holística. El doctor Juan Manuel Malacara (citado en Bocanegra,

Acosta, Bocanegra y Flores, 2008) habla acerca del estrés y cómo influye éste en el paciente diabético.

Sin duda, la apertura a estas contribuciones tiene relativamente poco tiempo, son estos avances, los que hacen surgir una crítica, convertida en una gran interrogante específica, protagonista (a nivel analítico) del presente trabajo. Si lo que se pretende es que los pacientes logren una adherencia al tratamiento, atañe a la psicología intervenir en la formación de autocuidado. Aunque ya se ha mencionado este término, en las investigaciones anteriores engloba sólo la enseñanza de cuidados médicos necesarios, para que el paciente mismo se los administre.

Y se inmiscuye a la psicología como ciencia conductual, sin mirar que la (s) conducta (s) a modificar pertenecen al ser humano, y este en su naturaleza es un ser social complejo dotado de pensamientos, emociones, sentimientos y una serie de características. Mismas que no son tomadas en cuenta como variables, al menos de cualesquiera de las contribuciones de las que antes se hizo mención.

En una definición ampliamente conocida del hombre, impulsada y desarrollada por la corriente humanista, se define al ser humano como un ente *bio, psico, social, transcendental*. Este modelo, también fue establecido en el ámbito de la medicina por Engel en 1977 (citado en Vidal, 2006).

Se basa en un enfoque patológico apoyado en la dicotomía mente-cuerpo, en el cual, pareciera ser que ya no se dejan huecos en la visualización de la realidad del mismo ser, sus vivencias y fluctuantes cotidianas, así como las relaciones entre estos mismos factores. Todo esto, en suma, nos lleva a considerar los afectos en la vida del ser humano, así como las relaciones interpersonales y cómo repercuten en el campo intrapersonal a nivel bio-psicológico.

En este punto se debe hacer referencia a una corta pero significativa experiencia, que afirma los intereses hacia la realización de esta investigación. Se trata de la participación dentro de un proyecto de investigación, en el que se contribuía otorgando psicoeducación a tres grupos compuestos de 10 pacientes cada uno, entre hombres y mujeres. En su mayoría adultos desde 40 a 70 años aproximadamente, acerca de la enfermedad Diabetes Mellitus 1 y 2, con la que ellos viven.

De estos tres grupos se les asignó a dos de ellos una planta, que en medicina tradicional se decía bajaba el nivel de glucosa en los pacientes. Al tercero sólo se le daba una planta amarga como las otras, que no contaba con la propiedad de bajar el nivel de glucosa (placebo).

Durante la estancia en este proyecto, se pudo observar en la relatoría de algunos pacientes, el desgano para cumplir con las indicaciones médicas no obstante su gran preocupación por las repercusiones que la enfermedad pudiera ocasionar. Cabe mencionar que este tipo de pacientes, era la mayoría del total de la población. A su vez, algunos otros decían no preocuparse, no cumplían con las indicaciones médicas, pero asistían con puntualidad a las sesiones grupales y a las citas con el doctor.

El resultado fue sorprendente, se constató que los pacientes más frecuentes y puntuales, habían sido aquellos que sólo tenían una planta placebo, quienes habían logrado seguir con mayor apego las instrucciones del médico y que con ello; habían bajado, aunque de manera no muy significativa, sus índices de glucosa en sangre. Sin embargo, aquellos que habían visto los resultados directamente en la glucosa en sangre (de una forma cuantitativamente más notoria), que casi no asistían a sus citas grupales, sólo con el médico, en su mayoría dejaron el tratamiento.

Como puede observarse, el trabajo grupal en este caso fue de gran ayuda para lograr adherencia al tratamiento. Es por ello que, en el presente trabajo, se planteó la posibilidad de influir en el sistema desde lo intrapersonal, a través de un proceso social (intervención en grupo), repercutiendo en la forma en que los pacientes afronten el estrés que les genera la enfermedad. Se trata de lograr elevar o desarrollar autoestima en los pacientes con Diabetes Mellitus 2, cambiando sus creencias con respecto de sí mismos y de su padecimiento, esperando que ello influya en su nivel de afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad; adaptándose a ésta como una condición de vida, de la cual son capaces de tener control (autoeficacia).

En este punto es importante manifestar la pregunta de investigación, expresada: *¿El desarrollo de autoestima a través de un taller, potencia el afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad DM-2?* Con el objetivo de darle respuesta, se implementó un Taller Vivencial para el Desarrollo de Autoestima, sometiendo a prueba

la hipótesis a tratar, misma que se expresa a través de la siguiente afirmación: *El desarrollo de autoestima a través de un taller, potencia el afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad Diabetes Mellitus 2*. De ella parte la premisa de que, a mayor autoestima, el sujeto responderá con un mayor grado de afrontamiento al estrés por la enfermedad.

Por tanto, se cree entonces que la variable independiente autoestima, afecta proporcionalmente la variable dependiente afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad (DM-2). De tal forma que, en sentido inverso, también suceda que a menor autoestima los participantes responderían con menor afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad.

Para comprobar dicho comportamiento de variables estimado, se plantean propósitos en los que se sintetizan las actividades a realizar, logrando a su vez, dar respuesta a la pregunta de investigación y concretar el objetivo general, el cual plantea: Implementar un taller de autoestima para fortalecer el afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad DM-2.

Por lo cual, se requieren varios objetivos particulares, primordialmente se tuvo que; identificar el nivel de autoestima y afrontamiento al estrés, provocado por la enfermedad DM-2 con que cuentan los pacientes antes de la intervención, con base en una batería de pruebas. Es necesario posteriormente clasificar la información obtenida, para que resulte más sencillo el análisis de estos datos. Debido a los intereses del estudio, se hace necesario realizar un taller para desarrollar Autoestima, acorde a la muestra.

Posteriormente, se debe aplicar el taller de desarrollo de Autoestima a la muestra elegida. Al terminar dicho taller, nuevamente se requiere identificar el nivel resultante de Autoestima y Afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad, con ayuda de la misma batería de pruebas. Con lo cual, se pueda finalmente comparar los resultados que arrojan las pruebas de medición de Autoestima y afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad, obtenidos antes y después del taller aplicado.

Sin embargo, el campo práctico no es lo único realizado a fin de que este trabajo cuente con un adecuado fundamento. Por lo cual, es necesario ahondar en cada una de

las variables inmiscuidas en el planteamiento de nuestro problema, a manera de marco teórico.

Así pues, a lo largo de los primeros tres capítulos se expone con detalle; y según diversos autores, la complejidad de la Diabetes Mellitus, los diversos intentos de solución para lograr adherencia al tratamiento, y los resultados obtenidos utilizando el ámbito psico-social como apoyo para dichos fines. También se encuentra el sustento teórico necesario, para corroborar la interacción de la variable Autoestima en la vida del ser humano, y cómo se inmiscuye en la vida del paciente crónico, conociendo las bases individuales y sociales que posee esta misma variable.

Seguido de esto, se presentan las bases que sustentan y dirigen el taller, en cuanto a diseño e implementación. Es decir, se comparten diferentes posturas teóricas a partir de las cuales, surge y se implementa dicho procedimiento. Así pues, posterior a esto, se conoce la segunda variable afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad, argumentando los hechos que implica cursar Diabetes Mellitus 2, y cómo es que ello llega a convertirse en un fenómeno estresante en la vida del paciente, repercutiendo en varios de sus contextos.

En éste tema se define también el significado de esta variable de manera operacional, es decir, qué implica tener afrontamiento de enfermedad y cuáles serán las conductas a desempeñar, respecto a la enfermedad. Por último, se realizó un análisis con los datos obtenidos y con base en ello y en una reflexión acerca de la totalidad de la investigación, se procedió a realizar recomendaciones para posteriores trabajos.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. DEFINICIÓN DE DIABETES

Para llegar a una definición acerca de esta enfermedad fueron necesarios cientos de años. Por lo que, resulta conveniente realizar un recuento de hechos históricos de manera ágil, que son de relevancia para la contextualización de la Diabetes Mellitus en la humanidad. Es importante mencionar que el término como tal, se lo atribuyen a varias personas, como *Demetrius de Apamaia*, *Apolonio de Menfis* o *Areteo de Capadocia*, según las diferentes fuentes consultadas.

Lo que sí es seguro es su significado etimológico, pues ‘Diabetes’, proviene del latín *Diabetes*, que significa ‘sifón’, y este, a su vez, es desprendido del griego *διαβαίνειν (diabáinein)*: *día* – ‘a través de’, y *baino* – ‘andar’, ‘pasar’, ‘atravesar’, esto según la Real Academia Española (RAE, 2019). Se trata de una metáfora basada en una persona andando o dando un paso, aludiendo al ‘paso de orina’, que es uno de los síntomas más comunes de esta enfermedad.

1.1 Antecedentes Históricos

Macfarlane, uno de los más conocidos e importantes historiadores de la Diabetes, distingue cuatro periodos: la antigüedad, el del diagnóstico, el de la experimentación y el del descubrimiento de la insulina. Sin embargo, se añade el periodo contemporáneo para contextualizar la visión e importancia de la enfermedad en nuestros días (Figuerola, 2003).

A continuación, se presenta brevemente la información más relevante de cada uno de estos cinco periodos.

1.1.1. La antigüedad.

El primer indicio de Diabetes en la historia resurge como hallazgo en el año de 1873, se debe al arqueólogo y novelista alemán George Ebers (citado en Figuerola, 2003), quien compra un papiro escrito en el 1553 a. de J.C. En el papiro de Ebers, descubierto en Egipto y escrito por un eminente médico y sacerdote de la época, se describen los síntomas: como el que los enfermos adelgazaban, tenían hambre y sed constantes y orinaban mucho, así como el tratamiento que les proporcionaban: dieta de

cuatro días a base de trigo, granos, arena y tierra, o bien, agua de charco de pájaro, bayas de sauco, leche, cerveza, flores de pepino y dátiles verdes (Macfarlane, 2016).

Posteriormente, entre los años 80 y 138, Areteo de Capadocia, médico griego, residente en Roma, describió las enfermedades clásicas de la época, entre las que se encuentra la ‘Diabetes’, “como una enfermedad fría y húmeda en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina” (Sánchez, 2007). Según este autor fue Areteo el primero en darle este nombre, haciendo referencia al síntoma más llamativo que es la emisión de orina.

Por su parte, Galeno retomado por Figuerola (2003) quien, para su época, en el siglo II, era considerado un gran médico, pensaba que la Diabetes era una enfermedad muy rara, él utilizó términos alternativos como: *diarrea urinosa* y *dypsacus*, enfatizando los síntomas sobresalientes de la poliuria (orina) y polidipsia o extrema sed. Por otra parte, Pablo de Aegina asoció tal enfermedad a un estado de debilidad de los riñones, en donde el exceso de micción desencadena la deshidratación (Figuerola, 2003).

En la medicina oriental destaca Súsruta y Cháraka, en los siglos V y VI; el primero es considerado el padre de la medicina hindú. Ambos describen la orina de los pacientes poliúricos, en la literatura sánscrita, “dulce como la miel, pegajosa al tacto y fuertemente atrayente para las hormigas” (Macfarlane, 2016). Además, describen y distinguen dos tipos de Diabetes, la Diabetes de los jóvenes, que conducía a la muerte, y otra de personas de mayor edad. Ambas son respectivamente el tipo 1 y 2 de nuestros días.

El distinguido médico Súsruta interrogaba al paciente, lo examinaba detenida y completamente, además de degustar la orina para detectar y diagnosticar la Diabetes. Aproximadamente por esta época, los chinos describen esta enfermedad, añaden a ello la propensión de desarrollar abscesos y una enfermedad pulmonar. Por último, Avicena, autor del Canon también realiza una destacada función, al describir la Diabetes y el coma hipoglucémico (Figuerola, 2003).

1.1.2 Periodo de Diagnóstico.

Según Figuerola (2003), este periodo corresponde al Renacimiento (XV-XVI) y siglo XVII, con el cambio de mentalidad que supuso centrar el interés en el hombre. En el siglo XVI, comienzan a darse en secuencia varios descubrimientos médicos, principalmente en Europa. Así, por ejemplo, Von Hohenheim dejó por escrito que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como un residuo de color blanco al evaporarse, por lo que creyó que se trataba de sal. Supuso que la Diabetes se debía a la deposición de la sal sobre los riñones, que era la responsable de la poliuria y se de los enfermos.

La primera referencia en la literatura occidental de una orina dulce se debe a Thomas Willis, conocido como el autor del mejor tratado de anatomía del cerebro, quien menciona que “antiguamente la Diabetes era bastante rara, pero en nuestros días la buena vida y la afición por el vino hacen que se encuentren casos a menudo” (Figuerola, 2003, p. 5).

Mientras que, en 1775, Mathew Dobson, médico inglés de Liverpool, hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes. Después de tratar a un pequeño grupo informó que tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la Diabetes. Él pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto en la digestión y se enfoca en los riñones para la intervención y explicación (Sánchez, 2007).

Algunos años más tarde otro médico inglés, John Rollo (citado en Figuerola, 2003), describió varios casos de Diabetes, resaltando el olor a acetona, mismo que comparo con el olor a manzanas. Propuso una dieta limitada de carbohidratos y rica en carne, agregando antimonio y opio. Posteriormente se observó la reducción de azúcar en sangre y mejora de los síntomas en algunos casos Fue el primero en acuñar el término ‘Diabetes Mellitus’ para diferenciar la enfermedad de otros casos de poliuria.

Por último, también en esa época, Thomas Cawley, en 1788, observó que la Diabetes Mellitus tenía su origen en el páncreas, por ejemplo, la formación de un cálculo (Sánchez, 2007).

1.1.3 Periodo Experimental.

Este periodo, conocido como la era de la racionalidad, inició en la conocida Revolución Francesa en el año 1789 y continuó a lo largo del siglo XIX, con el comienzo de una ciencia experimental, que logró más avances en la medicina de los que se ya se habían conseguido antes. Destacan varios personajes, entre ellos el clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la Diabetes y marcó las normas para la dieta basada en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de los alimentos (Sánchez, 2007).

Durante este periodo, destaca la persona de Claude Bernard (1813-1878), quien realizó trabajos sobre el metabolismo y homeostasis de la glucosa que aún están vigentes. Mencionó que la glucosa en la orina de personas con Diabetes, se había almacenado en el hígado como glucógeno, intuyendo que la Diabetes tipo 2 era debida a la incapacidad del hígado para mantener los depósitos de glucógeno (neoglucogénesis elevada). También demostró la implicación del sistema nervioso central en el control de la glucosa, al inducir una glucemia en un conejo consciente, mediante la estimulación de la médula.

Además, realizó varios experimentos con el páncreas, logrando desarrollar el modelo o técnica de ligadura del conducto pancreático, lo que permitió a otros demostrar la degeneración del páncreas y mantener su función endocrina. Cabe mencionar que las funciones del páncreas, como glándula capaz de reducir los niveles de glucosa en la sangre, comenzaron a aclararse hasta la segunda mitad del siglo XIX (Sánchez, 2007).

En este mismo marco, al patólogo y analista alemán Paul Langerhans (citado en Figuerola, 2003), se le atribuye el descubrimiento de los islotes que llevan su nombre, responsables de la fabricación de insulina, en el páncreas. Sin embargo, su función se desconocía en aquel entonces y sólo se limitó a describir estas células, lo cual fue de gran utilidad para estudios posteriores.

1.1.4 Periodo del descubrimiento de la insulina.

Este cuarto periodo se desarrolla en el siglo XX. La denominación de ‘insulina’ es atribuida por algunos a Edward Sharpey, quien en 1916 concluyó que los islotes

pancreáticos -o de Langerhans-, segregaban una sustancia responsable del control metabólico de los carbohidratos que el individuo ingiere. Aunque parece que el primero en utilizar este término fue Jean Meyer, en 1910, quien denominó ‘insulina’ a la sustancia procedente de los islotes -de hecho, en latín islote se denomina *insulia*- que debía poseer una actividad hipoglucemiante, aunque en este tiempo todavía era una hipótesis (Sánchez, 2007).

El reconocimiento por el descubrimiento de la insulina, se otorga a Frederick Grant Banting, médico canadiense, y Charles Herbert Best, un estudiante de medicina, debido a la presentación pública de sus investigaciones que tuvo lugar el 30 de diciembre de 1921. Ellos, no sólo encuentran la sustancia requerida (durante los experimentos en la clase de Mac Leod), sino también la transforman en una solución inyectable, la cual, en la mayoría de los casos, lograba que la glucosa disminuyera, aunque no siempre funcionaba (Figuerola, 2003).

MacLeod, a instancias de Banting, invitó a un eminente químico llamado Jame B. Collip a formar parte del equipo. Una de sus aportaciones fue la demostración de que los extractos pancreáticos eran capaces de disminuir la glucosa en el hígado y la producción de cuerpos cetónicos. Sin embargo, la técnica llamada Collip aún contaba con algunos problemas, que se resolvieron con la colaboración de los químicos de la compañía Eli Lilly, misma que comercializó la insulina bajo licencia de la Universidad de Toronto.

Para octubre de 1923, la insulina era obtenida en América del Norte y Europa; en este mismo año, el Comité del Premio Nobel decide entregar tal reconocimiento en Medicina a Banting y Mac Leod, debido al descubrimiento de la insulina. Ambos tuvieron el gesto de compartir su premio con sus compañeros Best y Collip (Figuerola, 2003).

1.1.5 Periodo Contemporáneo.

Este quinto periodo fue agregado para comprender el significado de la Diabetes en nuestro tiempo, es decir, abarca desde finales del siglo XX hasta lo que ha transcurrido del presente siglo XXI. A continuación, se muestra la definición de esta

enfermedad dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como los diferentes tipos que se consideran de ella.

La Diabetes “es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (OMS, 2018). También da la definición de la insulina para comprender mejor el concepto anterior. Es considerada, por esta misma Organización, como “una hormona que regula el azúcar en la sangre” (OMS, 2018). Agrega que el efecto de la Diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), a la que se le atribuye el daño grave de muchos órganos y sistemas del ser humano).

Otorga también cifras alarmantes acerca de tal condición, afirmando que para el 2014 había en el mundo más de 422 millones de personas adultas con Diabetes. Además de mencionar que para el 2015 fallecieron 1.6 millones de personas a consecuencia directa de Diabetes, mientras que otros 2.2 millones de muertes fueron por causa de niveles altos de glucosa en sangre. Según las proyecciones de esta misma fuente, para el 2030 podría ser la séptima causa de mortalidad.

Otro dato importante, es que la prevalencia de esta enfermedad en la última década, aumenta más de prisa en los países con ingresos medios y bajos, que en aquellos que tienen ingresos altos. Además, menciona el deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas, éste último como un detonante inevitable de Diabetes (OMS, 2018).

1.2 Tipos de Diabetes

La Organización Mundial de la Salud reconoce la existencia de 3 tipos de Diabetes, conocidas como: la gestacional, de tipo 1 y de tipo 2, cada una diferentes causas y con distinta incidencia. A continuación, se presentan, de modo breve los tres, para posteriormente abundar en la Diabetes Mellitus 2 que es la concerniente al tema del presente estudio.

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), debe su nombre al hecho de que es diagnosticada durante el segundo o tercer trimestre del embarazo; muchas veces es transitoria y se termina o cura con el parto. Entre el 1% y el 14% de mujeres embarazadas

presentan Diabetes gestacional, por lo que también es conocida como la Diabetes del embarazo, según la Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2017).

Se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una Diabetes. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque la paciente refiera síntomas (OMS, 2018).

Cabe destacar que las mujeres diagnosticadas con este tipo de Diabetes corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, así como de desarrollar Diabetes gestacional en otros embarazos y de padecer Diabetes Mellitus 2 en la vida. Los bebés que nacen de madres con Diabetes gestacional también tienen riesgo de desarrollar Diabetes tipo 2 en su adolescencia y juventud (FMD, 2017).

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1), también es llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Esta enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero la aparición normalmente ocurre en niños y jóvenes adultos, conforme los datos presentados por la *International Diabetes Federation* (IDF, 2015). Esta enfermedad suele afectar del 5 a 10% de personas con Diabetes (FMD, 2017).

Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Aún con todos los avances tecnológicos y de investigación, no se conoce la causa de esta enfermedad y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina o poliuria, sed o polidipsia, hambre constante o polifagia, pérdida de peso repentina, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita (OMS, 2018).

La Diabetes Mellitus 2 (DM-2) es la más común. También es llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, porque suele aparecer precisamente en adultos, aunque cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. Se caracteriza porque el organismo puede producir insulina, pero no es suficiente o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre (IDF, 2015).

Los síntomas pueden ser similares a los de la Diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos, por lo que las personas pueden pasar mucho tiempo sin reconocer su padecimiento. Sin embargo, este tiempo que parecen darse los síntomas, se vuelve en su contra, debido a que el organismo se va deteriorando por el exceso de glucosa en sangre. Incluso existen muchas personas a las que se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen patentes (OMS,2018 en IDF, 2015).

En el siguiente tema, se explica a detalle la Diabetes Mellitus 2 (DM-2), describiendo los sucesos metabólicos y fisiológicos que se llevan a cabo cuando esta se detona. La finalidad es ofrecer una definición clara y específica, que además en lo posterior estará sujeta a crítica; debido a que, con base en ella se realizan tratamientos que hasta nuestros días resultan insuficientes en cuanto a provocar una adecuada adherencia al tratamiento.

1.3 Definición de Diabetes Mellitus 2

Para Hernán San Martín (1992), “es una enfermedad crónica de gran importancia médico social porque afecta a muchos adultos y su frecuencia está aumentando. Produce incapacidad para el trabajo y puede ocasionar complicaciones graves como retinitis, ceguera, nefropatías, gangrena, etc.” (p. 711).

La Diabetes Mellitus 2 es entendida como una enfermedad crónico-degenerativa, que repercute en la calidad de vida de los pacientes que la presentan. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina, en gran medida, a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (OMS, 2018).

Representa la mayoría de los casos mundiales, de acuerdo con la OMS (2018). Por ende, la percepción errónea de la Diabetes como enfermedad que causa la muerte, se ha ido acrecentando socialmente, es por ello que la presente investigación se suma a la búsqueda de un adecuado tratamiento. Más adelante se explica este fenómeno que correlaciona obesidad y Diabetes.

Los síntomas pueden ser similares a los de la Diabetes de tipo 1; excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución, y

debido al alto índice de glucosa en sangre en este periodo, han aparecido complicaciones.

Como se puede entender, la DM-2 es el tipo de Diabetes más frecuente, y el envejecimiento de las poblaciones ya no es el argumento ideal para esta enfermedad, debido a que también afecta a niños como ya se mencionó. Por esta razón, el *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* (1997), sugiere se remplace la clasificación de la Diabetes de juvenil (tipo 1) y de adultos (tipo 2), por tipo 1, tipo 2 y gestacional, evitando encasillar erróneamente dichos apartados como pertenecientes a una exclusiva etapa de la vida, pues desde entonces hasta nuestros días no sucede así (Department of health and human services USA, 2008).

1.3.1 Fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2.

Este apartado, tiene la finalidad de enriquecer la definición de la enfermedad referida. Con ello, se pretende incrementar el conocimiento acerca de la misma, además de ser imprescindible para dejar en claro este tema. Necesariamente, se debe contextualizar la visualización de la enfermedad de manera médica.

La Dra. Margarita Zamora (2012) define la DM-2 como: “enfermedad crónica compleja debida a la combinación de resistencia a la acción de la insulina, y más adelante en el curso de la enfermedad, deficiencia de esta hormona. Esto da como resultado un incremento en la glucosa plasmática (hiperglucemia)” (p.3). Y la asocia a una muerte prematura.

Esta misma autora menciona que la Diabetes de tipo 2, se caracteriza por una disfunción de las células llamadas *beta* β y también por resistencia a la insulina. En este sentido, podríamos decir que la Diabetes Mellitus 2 es una condición física, en la cual, se denomina resistencia a la acción de la insulina (RI), al fenómeno en el que, tras una segregación de insulina, no se reduce suficientemente el nivel de glucemia.

Otro fenómeno asociado, que además explica la relación existente entre Diabetes y obesidad, según el Dr. Jorge Alejandro Castillo Barcias (2015), es el que produce la célula llamada adipocito, la cual, acumula ácidos grasos en forma de triglicéridos (TG) que, a través de señales llamadas adipocinas, influencia otros órganos. Tiene una capacidad de almacenamiento limitada que, al alcanzar su máximo,

genera la migración de Ácidos Grasos (AG) a los músculos y el hígado. Sucede pues, que el (AG) bloquea las señales de la insulina, por lo tanto, provoca Resistencia a la Insulina (RI) en el tejido muscular esquelético.

En lo que respecta a la disfunción de las células *beta* β (que cabe mencionar sucede por origen genético), se refiere a la acción ineficiente de las mismas, la cual consiste en una insuficiente producción de insulina. Es importante en este punto mencionar, que según Olvera et al. (2008), esta célula (β , beta) puede ocupar del 60% al 80% de los *islotos de Langerhans*, encontrados en la glándula mixta denominada páncreas. El porcentaje restante, es ocupado por otras células, mismas que producen diferente tipo de hormonas.

Lo que sucede a nivel celular, es que, mediante el buen funcionamiento metabólico se procesan los carbohidratos, azúcares y grasas, convirtiéndolos en glucosa. Esto, debido a que a partir de ella se genera energía, para ello es necesaria la acción de la insulina, misma que llega a los órganos “blanco”, como el sistema musculo-esquelético, mencionado por el Dr. Jorge Alejandro Castillo Barcias, y permite que la glucosa se introduzca en la célula, organismo donde se transforma la glucosa en energía (IDF, 2015).

Al no producirse la suficiente cantidad de insulina (disfunción de células β), o no alcanzar la cantidad de esta secreción (RI), la glucosa no puede permear la célula en su totalidad; y debido a que es dentro de ella donde se convierte en energía, esta glucosa permanece en la sangre dañando los órganos del cuerpo. Además de que las personas con esta condición física (Diabetes), presentan cansancio como uno de los síntomas principales.

Ahora bien, en este mismo contexto es debido aclarar el sentido que toman las recomendaciones médicas. Es preciso cuidar la alimentación, incluso acudiendo a un nutriólogo, ya que ahora se sabe que el metabolismo no tiene una función regular, que permita procesar debidamente los carbohidratos, azúcares y grasas para convertirlos en energía. Por ende, una dieta excesiva o equivocada, dificulta aún más este proceso, ocasionando el rezago de glucosa en sangre y generando consecuencias que más adelante se detallan.

La ingesta correcta de agua, tiene repercusiones positivas en la salud, según afirman debido a que, contiene un elemento químico llamado hidrógeno que es crucial en la transformación de la glucosa en energía para el organismo, mediante un proceso químico-biológico llamado ciclo de Krebs (Tortora, Funke y Case, 2007).

Siguiendo la misma línea de las recomendaciones médicas, es importante que las personas con Diabetes Mellitus 2, hagan ejercicio moderado diario. El ejercicio o actividad física ayuda al metabolismo a consumir energía, y con ello, a procesar mayor cantidad de glucosa, de manera que, baja naturalmente el nivel de glucosa en sangre. Por esta razón las personas que realizan ejercicio durante su vida, generalmente tienen un metabolismo sano (González, Pascual, Laclaustra y Casanovas, 2005).

1.3.2 Síntomas y consecuencias de la Diabetes Mellitus 2.

Como ya hemos mencionado, la Diabetes Mellitus 2 es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no se aprovecha de manera eficiente. Esto implica que, si gracias al correcto funcionamiento de la insulina se utiliza la glucosa obtenida, a través de la comida para convertirla en energía, este proceso es casi imposible en un paciente con Diabetes; por lo cual, la fatiga o en dado caso el letargo, serán síntomas comunes.

La sensación de cansancio se convierte en alerta para nuestro cerebro, el cual, manda señales que producen hambre, con la intención de generar más energía. Pero, al comer sólo se provoca un índice elevado de glucosa en el torrente sanguíneo, por lo que el organismo trata de deshacerse de este exceso a través de la micción; es por ello que la orina de las personas con Diabetes suele contener azúcar. La consecuencia de la abundante orina es una insaciable sed, por lo que los pacientes suelen tomar agua sobremanera.

Aunado a eso, si la glucosa no puede entrar en las células y tejidos en donde es necesaria, se acumula en la sangre, y esto produce serias consecuencias, mismas que pueden ser agudas y crónicas o a largo plazo (American Diabetes Association, 2004). Algunas de estas consecuencias son la hiperglucemia, hipoglucemia y cetoacidosis diabética, las cuales se describe a continuación en qué consisten.

La hiperglucemia, como su nombre indica es la existencia de un índice elevado de glucosa en sangre, se genera por la falta de insulina o la ingestión de alimentos en exceso. Es un concepto estadístico y o una categoría clínica ni diagnóstica (OMS, 2018). Esto produce letargo, sed, poliuria y visión borrosa, el mayor riesgo de la hiperglucemia crónica es la cetoacidosis diabética, de la cual se hablará más adelante.

Así también, la hipoglucemia es un índice bajo de glucosa en la sangre, esto se debe a un exceso de insulina, insuficiente comida o ejercicio excesivo. Los síntomas son temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardíacas, sudoración, e incluso en casos severos, lleva a una convulsión. El cerebro genera también otro tipo de síntomas, debido a la alerta que genera la falta de glucosa; estos son, disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo, en caso de seguir en este estado, puede llevar a la inconciencia o desmayo (Jiménez y Dávila, 2007).

El término Cetoacidosis Diabética (CAD), se refiere a una deficiencia relativa o absoluta de insulina, acompañada de un exceso de hormonas de estrés, mismas que aumentan los niveles de glucosa en sangre. Algunos de sus síntomas son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, náusea, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación. Esta complicación requiere que el paciente sea hospitalizado y reciba tratamiento intensivo además de la supervisión médica constante. En estos casos el paciente puede estar despierto, somnoliento o incluso alcanzar el coma. La consecuencia más grave del tratamiento es el edema cerebral, así como otras agresiones al sistema nervioso central (Jiménez y Dávila, 2007).

Existen complicaciones a largo plazo, asociadas de inmediato con la enfermedad, como la retinopatía (daño en la vista), nefropatía (fallo renal), neuropatía de los pies combinada con la reducción de flujo sanguíneo, lo que provoca úlceras, infecciones o incluso amputaciones, así como enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, como ya se mencionó estas suceden como consecuencia de un bajo o nulo control de la persona en sus niveles de glucosa en sangre, por lo que se entiende que una persona que ejerce el debido cuidado, no llega a tales situaciones, aunque esto no

es tan sabido por la población, padezcan o no esta enfermedad (OMS, 2018 en Jiménez y Dávila, 2007).

1.3.3 Factores de riesgo que provocan Diabetes Mellitus 2.

A continuación, se detallan situaciones identificadas por la *International Diabetes Federation*, (IDF, 2015) que se asocian con la condición metabólica Diabetes Mellitus 2, y por lo tanto, son considerados de riesgo para desarrollarla. Es pertinente comenzar por el que quizá sea el factor más conocido, los antecedentes familiares de Diabetes.

La doctora María Teresa Tusié Luna (2008), refiere que hay muchos genes implicados en la Diabetes Mellitus 2, que generan susceptibilidad en el individuo. Sin embargo, ninguno de ellos tiene una influencia significativa sobre el riesgo a padecer esta condición de salud. Afirma que, la Diabetes Mellitus 2 es detonada por los factores ambientales, que repercuten sobre la susceptibilidad genética. Es decir, el aspecto ambiental resulta crucial en la probabilidad de desarrollo de la enfermedad antes mencionada.

En lo que respecta al sobrepeso u obesidad, como factor tiene un alto índice de riesgo comprobado científicamente. Lo que sucede en el organismo, como se explicó anteriormente en el apartado de fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2, es que se impide que llegue la insulina a los órganos en donde existe acumulación de ácidos grasos, por lo tanto, genera Resistencia a la Insulina (RI).

Dieta poco sana, este, es el siguiente factor que contribuye a generar Diabetes; correlacionado con la obesidad, se refiere a la ingesta desmedida de glucosa, lípidos y carbohidratos. Acompañado de otro de los factores la Inactividad física, propicia que toda la glucosa que no se aprovecha se quede a manera de reserva, como lípidos en el sistema musculo esquelético (obesidad), generando (RI) Resistencia a la Insulina.

Según la página oficial de la *International Diabetes Federation* (IDF, 2015), la edad avanzada se considera aún como un factor asociado. Sin embargo, cabe la mención de que este factor no es determinante de la Diabetes Mellitus 2, debido a que, esta enfermedad también ha sido detectada en jóvenes.

La presión arterial alta y la Diabetes, suelen ser referidas como enfermedades que cuentan con una estrecha correlación. En un estudio realizado en Colombia, se comprueba dicha aseveración, consideradas ambas como una enfermedad de riesgo para propiciarse entre sí (Arango, Castaño, Giraldo, Morales, Viviana, Rivillas, Tabares y Valencia, 2007).

Otro de los factores considerados es el origen étnico, con base en un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a cargo de la Dra. Tusié Luna (2008), se descubre que existe susceptibilidad genética dada en ciertas razas establecidas en diferentes zonas geográficas. Las poblaciones con riesgo más alto, según este estudio, son tres europeas, le sigue la población caucásica americana y danesa; por último, la población inglesa, amish, finlandesa, alemana e hindú.

Un estudio publicado por la, *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (CDC, 2014), menciona que las poblaciones por raza y etnia que cuentan con mayor número de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus son respectivamente: americanos e hindús, afroamericanos, hispanos, americanos descendientes de asiáticos y americanos de raza blanca no hispanos.

Tolerancia Anormal a la Glucosa (TAG), es un factor de riesgo importante, se refiere a la Tolerancia Anormal de Glucosa, lo cual es más conocido como pre Diabetes, se define por altos niveles de glucosa en sangre después de comer. Comparte características con la Diabetes tipo 2, pues de igual forma el cuerpo no es capaz de utilizar la insulina que produce, se asocia con la obesidad y la edad avanzada. Existe también evidencia de que una dieta saludable y ejercicio físico son eficaces en la prevención de Diabetes para las personas que cuentan con TAG (IDF, 2015).

Los antecedentes de Diabetes gestacional, fungen como otro factor que contribuye a la detonación de Diabetes Mellitus. Alrededor de la semana 24, suele surgir esta condición, la cual vulnera a la madre a desarrollar posteriormente Diabetes tipo 2, y al bebé a un riesgo de obesidad y Diabetes tipo 2 en la adolescencia o la adultez temprana (IDF, 2015).

La mala nutrición durante el embarazo; sobre todo en el primer semestre, puede provocar una alteración de páncreas en el bebé que se forma, según Javier García Alba

(2005), quien también afirma que en México habitan de 10 a 12 millones de personas con Diabetes, de los cuales el 40 por ciento vive en pobreza, y se concluye que 5 millones tuvieron como origen de su Diabetes la mala alimentación de sus madres durante el embarazo.

Una adecuada nutrición reduce el riesgo en un 30% de mortalidad por cáncer, 20% la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y casi un 100% las anemias (Instituto gerontológico, 2015). Debido a lo antes mencionado, se recomienda llevar a cabo una adecuada alimentación acompañada de la realización de ejercicio físico, dado que, ambos son imprescindibles en la prevención de varias enfermedades incluyendo la Diabetes Mellitus 2.

1.3.4 Implicaciones de la Diabetes Mellitus 2 en el ámbito social.

Es importante para este estudio conocer ahora cómo repercute la Diabetes Mellitus 2 en la vida social de los pacientes. Como se citó anteriormente, la Diabetes es asociada con sus consecuencias en la salud, que influyen en la calidad de vida de quienes cuentan con ella.

Cabe mencionar que, culturalmente, los conceptos de salud y enfermedad se ven correlativos a los de vida y muerte (Serrano, Torres y Ávalos, 2009). Por lo cual, para los usuarios el hecho de ser diagnosticados, implica una reacción emocional. Esto ocasiona, que los pacientes en sus primeras etapas, posterior al diagnóstico, experimenten confusión y dificultad en el manejo de esta información. Se debe también en gran medida, a la contundencia con la que el personal de salud comunica los resultados clínicos y la disciplina que exige a los usuarios.

Todo esto, puede provocar en el sujeto ansiedad, depresión e irritabilidad, y en caso de no cumplir con las indicaciones médicas, culpa y autor reproches, teniendo un fuerte impacto en las relaciones interpersonales. Debido a que, al pasar por estos estados de ánimo con sus respectivos pensamientos, los pacientes pueden llegar a descuidar sus interacciones, o incluso dar expresión a estas emociones en momentos inesperados, pero esto se detalla en el siguiente subtema.

A su vez, un estudio de investigación, con la participación de 15 adultos realizado por el Instituto Nacional de Endocrinología en Perú, en colaboración con la

Facultad de Salud Pública y Administración, revela que estas enfermedades, incluida la Diabetes, tienen repercusión en la identidad, género y rol de los pacientes que la presentan. Todo ello, a partir de la información con que cuentan al momento del diagnóstico tanto ellos como sus familiares o personas cercanas, así como el impacto que producen los síntomas en su vida (INEN y UPCH, 2004).

El género y el rol se ven afectados en la vida de los pacientes, dado que la enfermedad se construye a manera de experiencia, que involucra varias partes de su vida, incluso la vivencia de otras personas y sus interacciones. Una experiencia que, a pesar de pertenecerles, cuesta trabajo aceptar e integrar de manera cognitiva y afectiva, por lo que las personas estudiadas mencionaron sentirse presas de su condición física.

Los impedimentos corporales y sociales que la Diabetes implica, repercuten de manera drástica en las funciones reproductivas, domésticas y en el rol como responsables de la familia, haciendo mella en la identidad de hombres y mujeres por igual. Al mismo tiempo en que desencadena también desequilibrio en los sistemas en que se encuentre.

En este punto se requieren las siguientes especificaciones: el primer sistema afectado es el familiar o en su defecto el más cercano, por el ambiente compartido entre sus miembros, en el cual surge la experiencia de la Diabetes, y de ella devienen varios desequilibrios, como un clima de tensión e incluso preocupación debido a la observación de signos y síntomas y cómo pueden estar amenazando la vida de un ser cercano. De esta misma forma embarga el temor y preocupación, debido al gasto que implica el debido cuidado y recomendaciones médicas, que tiende a empeorar si el principal proveedor es el paciente (INEN y UPCH, 2004).

Con respecto a lo laboral, el rendimiento del usuario con Diabetes Mellitus 2 baja, lo que puede provocar ausentismo e incluso la renuncia. Por otro lado, en el contexto social de amigos se deterioran las relaciones interpersonales, dándose situaciones en las cuales el paciente puede sentirse relegado u omitido para algún convivio o una fiesta, debido a que los hábitos alimenticios llevados a cabo por éste último son, o deben ser diferentes a lo acostumbrado (López y Ávalos, 2012).

El Instituto Nacional de Endocrinología y la Facultad de Salud Pública y Administración (INEN y UPCH, 2004), menciona como otro factor importante que afecta la identidad, que el personal de salud, al explicar la causa de la enfermedad como un funcionamiento “anormal” de su sistema, provoca con dichas palabras que los usuarios lleguen a sentirse “anormales”, aceptando esta característica como perteneciente a su identidad. Esto aunado a los requerimientos que la enfermedad va provocando, en el caso de la Diabetes, la ingesta moderada de carbohidratos y azúcares, chequeo constante de glucosa en sangre y el ejercicio, genera y refuerza la sensación de la vida misma como diferente o “anormal”.

Lo anterior influye demasiado en cómo las personas van afrontando la enfermedad y apoderándose de ella. Sentirse “atrapado” o “anormal” no ha repercutido directamente en el auto concepto saludable, y no ha permitido que los pacientes tomen un papel activo en el cuidado de su salud. Por otro lado, el hecho de que en la actualidad en México se tenga un arraigo importante de la religión, lleva a los usuarios a pensar que la enfermedad es un castigo divino, esto también impide el apoderamiento de la enfermedad para dejar la salud en manos de Dios, sin que ellos intervengan de manera activa (Serrano, Torres y Ávalos, 2009).

A su vez, la insuficiente atención interdisciplinaria de esta enfermedad, en específico, la poca cabida que las instituciones dedicadas a la salud dan a los profesionales de la psicología en esos casos, marca el estancamiento del tratamiento que actualmente se da a los pacientes y que ellos no llevan a cabo. Debido a que los pacientes incluso teniendo previa experiencia de la enfermedad a partir de familiares cercanos, optan por hacer caso omiso a las recomendaciones.

Es claro entonces que, afrontar la enfermedad es una tarea que no sólo implica la finalidad del cambio conductual, y que no basta con brindar información y hacer conciencia de la enfermedad, ya que esta se aloja no sólo en la fisiología de la persona, sino también en su identidad y cognición. Cabe mencionar que, la implementación de grupos de apoyo para enfermedades como Diabetes Mellitus, ha dado resultados sorprendentes. Tal es la situación que presenta la Revista de Calidad Asistencial, en donde se comprueba que, mediante este tipo de seguimiento, a partir de grupos de

apoyo, se obtiene el resultado de menores índices de glucemias, aunque no se lleva a cabo un control sobre colesterol y triglicéridos (Sandoval, Ceballos, Escalante, Pérez y Hernández, 2007).

De esta misma forma la Secretaría de Salud de México, a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (Sandoval, Ceballos, Escalante, Pérez y Hernández, 2007), responden ante la necesidad de la población implementando Grupos de Ayuda Mutua (GAM), como una estrategia para generar estilos de vida saludables, frente a problemas de salud como Diabetes tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, así como sus complicaciones. Es necesario mencionar que estos grupos son supervisados por médicos y paramédicos.

En lo que respecta al control de glucemia, se encontró una relación entre el control de glucosa en sangre y la asistencia a los grupos de ayuda mutua (GAM) con un 45% de manera más eficaz, en comparación a los Sistemas de Información en Salud para la población Abierta (SISPA), referido por su sigla con un 32% (Lara, Aroch, Jiménez, Arceo y Velázquez, 2004).

Es importante enmarcar que estos programas han dado resultados importantes a pesar de remitirse a la educación y estrategias para el control de la enfermedad. Sin embargo, la tarea que ocupa al presente trabajo de investigación, requiere de más información acerca de la vivencia con Diabetes Mellitus 2, lo cual se detalla a continuación.

1.4 Proceso psicológico de adaptación a la enfermedad

La Diabetes Mellitus 2, pertenece a un grupo de enfermedades llamadas crónicas, es decir, que no cuentan con una cura, sino que sólo se controlan. Debido a esto, los pacientes diagnosticados, se ven orillados a adaptarse a tal enfermedad como una condición de vida (López y Ávalos, 2012). Sin embargo, esta tarea no es sencilla, y se requiere del paso por diferentes etapas: La primera de ellas, es una reacción de choque, una respuesta de emergencia realizada de manera autónoma, que genera aturdimiento en el paciente, y produce que el usuario no sienta las emociones de la vivencia; es como si fuese un lejano observador del acontecimiento.

Después, se da una reacción de encuentro que es la segunda fase, caracterizada por pensamientos desorganizados y sentimientos de pérdida, indefensión y desesperación, en esta el paciente percibe el acontecimiento como superior a él. Se vuelve incapaz de razonar o planear en pro de sí mismo para superar esta nueva situación de vida. Por último, llega la fase de retraimiento, en la cual el paciente recurre a la negación de la enfermedad, síntomas o consecuencias.

Aunque no es posible mantener esta actitud por mucho tiempo, ya que la realidad obliga al individuo a tomar conciencia de la enfermedad, así como de su necesidad de aceptarla y adaptarse, mediante la persistencia o empeoramiento de los síntomas (Shontz, 1975, citado en Rodríguez y Neipp, 2008).

Estas etapas son necesarias y otorgan una adaptación momentánea al individuo, aunque ineficaz, pues, de mantenerse en ellas, puede ser negativo para su salud física y mental, además de negarle la verdadera y sana adaptación (Suls y Fletchner, 1985, citados en Rodríguez y Neipp 2008).

Cuando los pacientes se saben diagnosticados con una enfermedad crónica, se ven afectados en la manera de percibir su persona, su vida y su entorno; el aspecto más relevante en el que influye es su auto concepto. Desde el momento en que se expresa el diagnóstico todo será distinto, ya que necesariamente la enfermedad modifica su rutina y hábitos alimenticios, siendo esto último por demás importante dentro de la cultura mexicana. Es necesario indicar, que existen factores que influyen en la respuesta de las personas ante una enfermedad crónica. Rodríguez y Neipp (2008), aseguran que cuanto mayor amenaza se percibe, serán mayores las dificultades de adaptación del paciente. Así mismo, las enfermedades cuyas consecuencias o tratamiento es visible y negativo, en cuanto a que laceran la autoestima de las personas, dificultan la adaptación (Diamond, 1983, citado en Rodríguez y Neipp, 2008).

Cabe la mención de que algunas características como la edad, sexo, clase social, creencias religiosas y el nivel de autoestima o autoeficacia percibida, influyen también en el proceso de adaptación. Por su parte, las creencias religiosas, así como las creencias acerca de la eficacia percibida de sí mismos, dan significado e incluso sentido

a la enfermedad en la vida de los pacientes, otorgando eficacia en la adaptación e incluso aceptación de ella y del tratamiento que deban llevar a cabo.

Es debido plantear, que el entorno físico y social de la persona que presenta alguna enfermedad crónica, funge como factor importante en la forma en que se adapte a dicho acontecimiento; esto es conocido como apoyo social. Un estudio realizado por Kaplan (1985, citado en Oblitas 2010), con diabéticos no insulino dependientes, demostró que dicho aspecto ofrece resultados favorables en cuestión de adquisición de hábitos comportamentales, aunque en función del sexo, dado que en mujeres demostró mayor eficacia. Por ende, se reconoce la importancia de la familia en la adherencia al tratamiento; aunque es relevante aclarar que también puede interferir en él.

Resulta increíble la cantidad de aspectos que pueden afectar el afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad, aunque al mismo tiempo pueden ser también herramientas para adaptarse a dicho padecimiento. Relevante, tomando en cuenta que entre más ágilmente se llegue a la adaptación, será más fácil para la persona actuar de manera responsable frente a las exigencias que implica su nueva condición de vida.

CAPÍTULO II. AUTOESTIMA

Como se mencionó en el capítulo anterior, la autoestima es un factor vinculado a la adaptación del individuo a la enfermedad crónica, en este caso a la Diabetes Mellitus 2. En este tema se define puntualmente, y se detallan algunas de las más conocidas definiciones, de manera que sea una variable explícita para este estudio, otorgando un adecuado contexto, a través del despliegue de diferentes teorías, mismas que fueron surgiendo en el transcurrir de la historia, con personajes, situaciones y paradigmas distintos.

El término autoestima, fue usado por primera vez por Aristóteles para referirse al “amor a sí mismo” (Loli y López, 1998). Este constructo también es definido como valor hacia uno mismo, debido a su raíz etimológica *aestimare*, cuyo significado es “determinar valor” o “tener una opinión sobre algo” (André, 2009).

Posteriormente, en el año de 1890, a sólo 20 años de haberse fundado el primer laboratorio de psicología, y con ello otorgarle el grado de ciencia, William James, conocido como el ‘Padre de la psicología americana’, define la estima de sí en su escrito “Principios de psicología” como: “la estima que tenemos de nosotros mismos, depende enteramente de lo que pretendemos ser y hacer” (Monbourquette, 2008, p. 17). Por esta razón la evaluaba a partir de los éxitos concretos de una persona, en confrontación con sus aspiraciones, a medida que se contara con mayores pretensiones sin lograr, cuanto más sentimiento de fracaso tendría.

Alfred Adler (citado en André, 2008), postula su teoría de la personalidad, incluye la autoestima baja y asevera que todos los seres humanos nacen con lo que él llama sentimiento de inferioridad; mismo que van a intentar acabar, con el anhelo de superioridad, misma que es otorgada, según el autor, por omnipotencia y dominación. Sin embargo, esta definición se aleja de aquella con la que contamos en nuestros días, la cual, por el contrario, acrecienta el propio reconocimiento con base en nuestras características reales.

Siguiendo con el curso de las diferentes teorías, no se debe dejar de lado la importancia que tiene el desarrollo cuando se habla de autoestima, siendo esta última

una característica humana y además dinámica, que se va formando y cambiando con el paso de los años, con base en el crecimiento y desarrollo del individuo en todas sus áreas. He aquí también algunas teorías que construyen el concepto de autoestima en el desarrollo, hasta llegar a las implicaciones actuales de dicho término.

Erik Erikson (1956, citado en Mejía y cols. 2011), basado en la teoría del desarrollo de Sigmund Freud, considera que la autoestima se origina en la etapa oral. Posteriormente, amplía esta postura con su Teoría del Desarrollo de la Personalidad, en la cual, el niño forja su autoconfianza, autovalía y autoeficacia, así como enriquece su autoconcepto, de primera instancia, a través de la estabilidad y seguridad, así como del cariño y educación constante por parte de los padres. Posteriormente, a medida que va diferenciando su “yo” de los demás, a través de los diferentes retos que supera en sus distintas etapas.

Una aportación crucial en el estudio de la autoestima es la de Coopersmith (1967, citado en Sparsci, 2013), quien afirma que es una evaluación que hace el individuo de sí mismo y suele mantenerse, ésta, genera además una actitud aprobatoria o desaprobatoria que señala si el sujeto se considera capaz, importante, exitoso y valioso. Plantea también la existencia de niveles de autoestima, clasificada en: alta, media y baja, y atañe a ello, las diferentes reacciones ante una situación similar.

Durante el año de 1943, Abraham Maslow (citado en Hoffman, 2009), uno de los fundadores de la escuela humanista, propone que se deben satisfacer las necesidades humanas para llegar a la autorrealización. Señala que este término es clave e incluye la estima de sí, además de relaciones sanas.

Eric Berne en 1961 (citado en Butler - Bowdon, 2007), resalta y menciona la importancia de las muestras de afecto, así como de atención de parte de los educadores para con los niños, con efecto de desarrollar en el infante una adecuada estima de sí, con cimientos en el amor y la confianza. Maneja el término ‘caricias emocionales’, y lo explica como una unidad de la acción social.

Otro exponente conocido de la psicología, Carl Rogers (1967, citado en Sparsci, 2013), menciona que la autoestima es un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al individuo, como sus cualidades, defectos, capacidades,

limitantes, valores y relaciones que la persona reconoce como pertenecientes a su identidad. También en su método terapéutico denominado terapia centrada en el cliente, menciona la aceptación como un recurso importante en la vida de las personas.

Nathaniel Branden, un pionero de la estima de sí, se esfuerza por investigar las repercusiones de la autoestima, en la década de 1994, define dicho concepto como “la confianza en nuestra aptitud para pensar, de la confianza en nuestra habilidad para aceptar desafíos fundamentales de la vida” (Monbourquette, 2008, p. 26). Agrega después la importancia de tener éxito y ser feliz, así como también, el sentimiento de valía personal.

Actualmente, la palabra autoestima abarca un conjunto de aspectos del individuo y se cataloga como un aspecto inherente al ser humano (Loli y López, 1998). Es decir, no existe persona alguna que no cuente con autoestima, aunque el nivel o la forma de vivirla no sea la misma. Además, forma uno de los pilares en la construcción de la personalidad (Simkin, Etchezahar y Ungaretti, 2012).

Virginia Satir en 1975 (citada en Camacho y Ordóñez, 2013), menciona que la autoestima es una declaración de la propia dignidad, un reencuentro y un abrazo interno para quien busca afirmar su identidad, que incluso considera importante como indicador de salud mental. Por su parte, Lindenfield (2003, citado en López, 2012) define la autoestima como un acontecimiento subjetivo y dinámico tanto del cuerpo como de la mente, además de poseer un conjunto de características de una persona.

En investigaciones más recientes se estudia la relación entre la autoestima y otros factores, así como con las habilidades sociales, mostrando que la autoestima repercute en el ajuste social, e incluso se asocia con síntomas psicopatológicos (Rodríguez y Caño, 2012). Como se observa, el concepto de autoestima comienza a utilizarse desde que principia la psicología, pues se centra en el interés del hombre por el hombre, es decir, hace más de 2000 años, situándose en la antigua Grecia.

Sin embargo, no se puede negar que actualmente la palabra autoestima, es sobre utilizada, aunque pocos se interesan y conocen a profundidad lo que conlleva esta característica tan humana como compleja. A continuación, se desglosa información de suma importancia en el abordaje de la autoestima.

2.1 Desarrollo de autoestima

Algunos autores encuentran el cimiento de la autoestima en la infancia. Sin embargo, no se puede dudar que dicho aspecto no es estático, sino que se enriquece o cambia con base en situaciones importantes de nuestra vida, que contribuyan a aumentar alguna de las percepciones y sentimientos del hombre para sí. Es este suceso en el que se desea ahondar a continuación, en la posibilidad de enriquecer y desarrollar autoestima, no necesariamente en la infancia o a partir de ella, sino en edades posteriores.

Distintos autores han contribuido en la investigación de la autoestima, por tal motivo, debido a que el desarrollo de la misma depende de la potenciación de los indicadores que la conforman, se pretende exponer cuáles son los factores que componen la autoestima según sus precursores.

Así pues, después de la revisión de algunos planteamientos, se proponen 2 clasificaciones para la presentación de las teorías: la primera, denominada dimensiones de la autoestima, que abarca postulados en los que varios autores coinciden e identifican tres sistemas, a través de los cuales el individuo vive, internaliza y demuestra su autoestima; y la segunda, en la cual otros autores perciben y explican elementos que la conforman y que, según el análisis que esta investigación ha permitido, se considera y propone que corresponden a los sistemas antes mencionados.

2.1.1 Dimensiones de la autoestima.

La autoestima suele ser un concepto difícil de enmarcar, puesto que abarca diferentes aspectos del ser humano para estructurar el concepto de autoestima de manera detallada. Se considera importante explicar que es una característica humana, que cuenta con diferentes dimensiones, las cuales se exponen a continuación, según los fundamentos inscritos por diferentes personajes.

Es importante explicar, que en este tema se denomina dimensión a cada gran sistema de la vida del ser humano, gracias al cual, se logran realizar diferentes cuestiones. Según la investigación de Victoria Sparsci (2013), se pueden identificar tres grandes grupos, a su vez interrelacionados: El cognitivo, el conductual y el afectivo.

El sistema cognitivo es aquel mediante el cual, el ser humano es capaz de percibir y organizar información, asimilándola y posteriormente acomodándola para facilitar su evocación. Con este sistema de información organizada, también somos capaces de construir nuevos conceptos, ideas y premisas que nos servirán para desempeñarnos en el mundo real.

En el sistema afectivo, se encuentran las emociones, mismas que surgen como reacción ante situaciones detonantes. También nos sirve para dar valor subjetivo a personas, acontecimientos o características, avaluándolas según el grado de bienestar, agrado o desagrado que provoquen, así como la enseñanza o de alguna manera, la ganancia intrínseca que provoquen.

Y, por último, el sistema conductual, en el que se lleva a cabo la manifestación de nuestras cogniciones y emociones de manera social, ya que sólo por medio de la conducta, las personas cercanas son capaces de observarnos y conocernos, nuestra conducta opera en el ambiente para cambiarlo, de la misma manera en que el ambiente es capaz de modelarnos. También, es la forma de hacer objetivos diferentes aspectos de la vida del ser humano que no son fáciles de medir, por ello, la conducta es el objeto de estudio de la psicología (Sparsci, 2013).

Ahora, una vez que se han explicado las funciones de cada sistema de manera general y breve, a través de las siguientes líneas, se explican las operaciones de cada sistema, que de manera específica intervienen en el desarrollo de la autoestima, así como en su manifestación.

Para Alcántara (1993, citado en Sparsci, 2013), existen de igual forma, estos 3 grandes componentes:

- a) Cognitivo: en este se encuentra la opinión, el concepto que se tiene de la propia personalidad y conducta.
- b) Afectivo: se refiere a la valía que se otorga el individuo, explica esta, como un sentimiento de capacidad, que lleva implícito el diagnóstico del merecimiento como ser humano. Este componente surge de la estimación posterior a la observación de uno mismo, así como de la asimilación de la imagen y opinión que los demás proyectan en nosotros.

- c) Conductual: conocido como autorrealización y autoafirmación, que dirige nuestro comportamiento de manera lógica y racional en el contexto extrínseco.

Es crucial este postulado, Alcántara (1993, citado en Sparsci, 2013), también propone una manera diferente de conceptualizar a la autoestima, al referirse a ella como una actitud, menciona que es la forma en que se vive el individuo, es decir, la manera en que piensa, siente y se comporta la persona para consigo. Cataloga a la autoestima como una descripción permanente, a partir de la cual nos enfrentamos al mundo como nosotros.

Agrega que es el sistema fundamental a través del cual ordenamos las experiencias, asimilándolas como parte de nosotros, en un almacén al que denomina “yo” personal. A pesar de creer que la autoestima es una estructura coherente y estable, también reconoce que su naturaleza es dinámica. Por tanto, cuenta con la propiedad de crecer, arraigarse e incluso interconectarse con otras actitudes de la persona, pero del mismo modo, también puede debilitarse.

Por último, pero no menos importante, Alcántara también define la autoestima como la meta más alta del proceso educativo, o aprendizaje, menciona que influye en la forma en que se piensa y actúa. Le atribuye además dos cualidades; la transferencia y la generalización (Sparsci, 2013).

Como se puede observar, este autor abre una pauta para la psicología, ya que, siendo la autoestima fruto de nuestras experiencias y la meta más alta del aprendizaje, establece, que la autoestima es una actitud que, con base en la generación de nuevas experiencias de la vida del ser humano, puede modificarse. Por otro lado, el hablar de transferencia y generalización, explica la influencia de la autoestima en las habilidades sociales, es decir, cuando se aprende a mirarse, conocerse y amarse, también se aprende a verse en el otro, por tanto, se generalizan algunas características propias.

Una vez conocidas a detalle las operaciones realizadas por estos tres grandes sistemas y clasificadas en cada uno de ellos, es importante saber, gracias a otros personajes que se han interesado en explicar desde su punto de vista la autoestima, los elementos significativos para su estudio y desarrollo. Además de ir estableciendo un

nombre y orden para cada uno de estos elementos, con la finalidad de poder llevarlo al discernimiento y localización dentro del campo práctico, implicado dentro de la metodología con la utilización de un taller realizado para desarrollar esta variable denominada autoestima.

2.1.2 Componentes que conforman la autoestima.

Dentro de este tema, se describen algunas teorías en las cuales, los autores se esfuerzan por descubrir y detallar los elementos que construyen la autoestima, e incluso intentan ordenarlos, además de darles un nombre. De tal forma, que se instauren como una serie de pasos que llevan a la meta denominada autoestima y comprende los anteriores, como parte de sí.

Unos de los primeros en realizar dicha tarea fueron Mauro Rodríguez, Georgina Pellicer y Magdalena Domínguez (1988), quienes dejan establecido en su libro titulado *Autoestima: Clave del éxito personal*, una pirámide que contiene a manera de escalafón diferentes elementos; ellos le llaman ‘escalera de autoestima’ (Figura 1). El Autoconocimiento, es la base de esta pirámide, y con ella se refiere al hecho de conocer, como su nombre lo indica, las manifestaciones, necesidades y habilidades, así como roles que el individuo vive y que son parte de su “yo”.

A partir de dicho elemento según este autor, se generan sentimientos que giran en torno a la eficiencia y valor otorgados a sí mismo. Una vez concretado dicho paso, este nos lleva al siguiente componente denominado: Autoconcepto, el cual está constituido a partir de creencias acerca de sí, mismas que influyen en la conducta; es decir, lo que una persona cree de sí, lo llevará a cabo y por tanto actuará según sus creencias.

El tercer peldaño de la escalera de autoestima es la autoevaluación, gracias a ella, el individuo es capaz de elegir y jerarquizar las experiencias, emociones, reacciones o pensamientos como satisfactorios, interesantes, enriquecedores, o contrariamente, como insatisfactorios, y que provoquen perjuicio para el desarrollo como persona (Rodríguez, Pellicer y Domínguez 1988). La autoaceptación por su parte, se refiere a la admisión y reconocimiento de todas las características que forman parte de sí mismo, sin hacer comparaciones o querer copiar modelos externos.

Continúa la pirámide con el autorrespeto, esta característica significa atender y satisfacer a mis necesidades y valores. Saber expresar y controlar las emociones y sentimientos, sin generar culpa ni daños a sí mismo. Es también buscar y dar valor a todo lo que genere bienestar, o en específico sentirse orgulloso de sí.

La autoestima es la cúspide, y en ella se resumen todos los escalones, este último escalón es la meta, la cual implica amor hacia sí mismo. Sucede que paso a paso, el autoconocimiento forma el autoconcepto, y al ser capaces de vernos a nosotros mismos, podemos también evaluar y elegir sólo aquello que nos enriquezca y con base en estas características, se puede generar la autoaceptación.

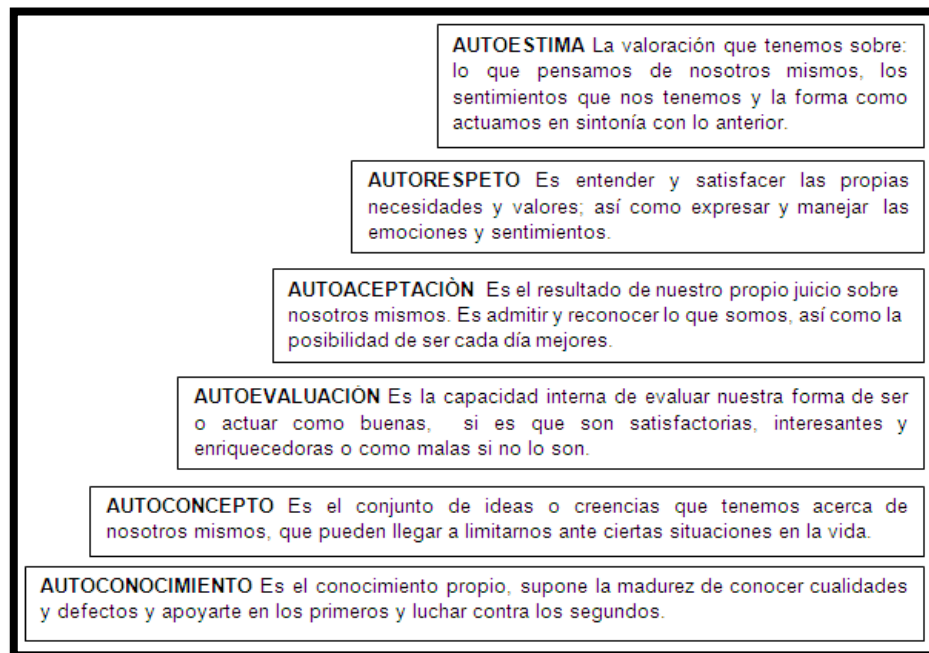


Figura 1. Pirámide de la autoestima (Rodríguez, Pellicer y Domínguez, 1988).

Después de aceptarse, se podrá proporcionar respeto, y por respeto se entiende no sólo la satisfacción de necesidades y la autoafirmación, actuando acorde a los valores que se tengan, sino también, procurar cuidarse y evitar agresiones hacia sí mismo y los demás incluyendo las omisiones de conductas de apego al tratamiento, también entendido como autocuidado, para este caso.

Otra teoría al respecto de los elementos que conforman la autoestima, es la de Coopersmith, (1976, citado en Sparsci, 2013), quien afirma que está compuesta a partir

de evaluaciones que el individuo hace de sí mismo en cada uno de sus contextos. Así pues, tales componentes se refieren a la autoestima en cuatro áreas importantes:

- 1) Área personal: consiste en la evaluación de sí mismo en relación a su imagen y cualidades, algunas de las que menciona son capacidad, productividad, importancia y dignidad, además menciona que a partir de esta la persona genera un juicio con respecto a la actitud hacia sí.
- 2) Área académica: se refiere a una autoevaluación con relación al desempeño que se tiene en esta área implicando un juicio, manifiesto a través de la actitud.
- 3) Área familiar: consiste en autoevaluación acerca de las interacciones con los miembros de este grupo, su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio que se manifiesta en las actitudes asumidas hacia sí mismo y también repercutirá en el contexto.
- 4) La autovaloración con respecto a las interacciones sociales que mantiene y estas cuatro mismas cualidades, antes mencionadas, que por supuesto implican una serie de actitudes para consigo.

Coopersmith (en Sparsci, 2013), también menciona que existen algunos factores que posibilitan el desarrollo de la autoestima, y surgen a manera de proceso: el grado de trato respetuoso, aceptación e interés que la persona recibe mediante sus interacciones, por parte de personas significativas en su vida. La historia de éxito, marca el status o posición que ocupa el individuo en el mundo.

Por otro lado, los valores y las aspiraciones por las que estos pueden interpretarse o incluso modificarse. Y, por último, la forma personal de responder a factores que tienden a disminuir la autoestima y pueden llegar a minimizar, distorsionar o suprimir las situaciones en las que existan fallas propias o ajenas.

A través de estos dos autores, se reafirma la calidad de la autoestima como social e individual, el ambiente juega un papel crucial en cómo el sujeto, a través de la percepción, también almacena y unifica dichas percepciones en su persona, repercutiendo en su actitud, en primer plano, y en la conducta. En el tema siguiente, se

explican tres formas básicas en las que esto sucede y que se identifican por diferentes personajes como niveles de autoestima.

2.1.3 Niveles de Autoestima.

Sin duda, existen varias teorías que explican diferentes grados en que una persona puede vivir y manifestar autoestima, aunque a continuación se enfatiza en un postulado, ya que se considera que este personaje es de suma importancia en la construcción de este concepto y además es pionero en la búsqueda de su medición.

Para Coopersmith (en Sparsci, 2013), existen tres grados para clasificar la autoestima: alta, media y baja. Refiere que la autoestima alta, es presentada por personas expresivas, asertivas, con éxito tanto académico como social, cuentan con autoconfianza y esperan siempre el éxito, clasifican su propio trabajo como de alta calidad y mantienen expectativas altas con respecto a trabajos futuros, son creativos, se proponen metas realistas y sienten orgullo de sí.

El grado posterior es la autoestima media, con él se refiere a personas expresivas, pero dependientes de la aceptación social, poseen un alto número de afirmaciones positivas. Sin embargo, sus expectativas y competencias son moderadas.

La autoestima baja, es el último grado, en este clasifica a individuos desanimados, deprimidos, aislados, que no consideran tener algún atractivo, incapaces para expresarse y defenderse, no consideran poder vencer sus deficiencias, tienen miedo de generar enfado en los demás y en general su actitud es negativa. Debido a todo esto, carecen de herramientas para tolerar situaciones adversas y ansiedades.

Como se puede observar, el grado de autoestima es importante, ya que determina la manera en la que el sujeto se vive y refleja para los demás, sus elecciones y conductas, así como sus metas y grado de aceptación que manifiesta. Por tanto, se asume que la autoestima es influida por el pasado; sin embargo, una vez estructurada, repercute en el presente, en la manera accionar en la vida cotidiana, incluso en la forma en que vemos el mundo, al igual que condiciona nuestras metas, y con ello, el futuro.

Dependiendo del grado de autoestima que un individuo posee, es el grado de ventajas, por llamarle de algún modo, con las que vive diariamente. Sin duda, el nivel de autoestima condiciona nuestro desarrollo personal.

Una vez entendido lo anterior, es importante ejemplificar la propuesta para asimilar que las Dimensiones y los componentes, forman parte de un todo, que es la realidad compleja que implica la autoestima en la vida del ser humano. Por lo cual, se esquematiza enseguida:

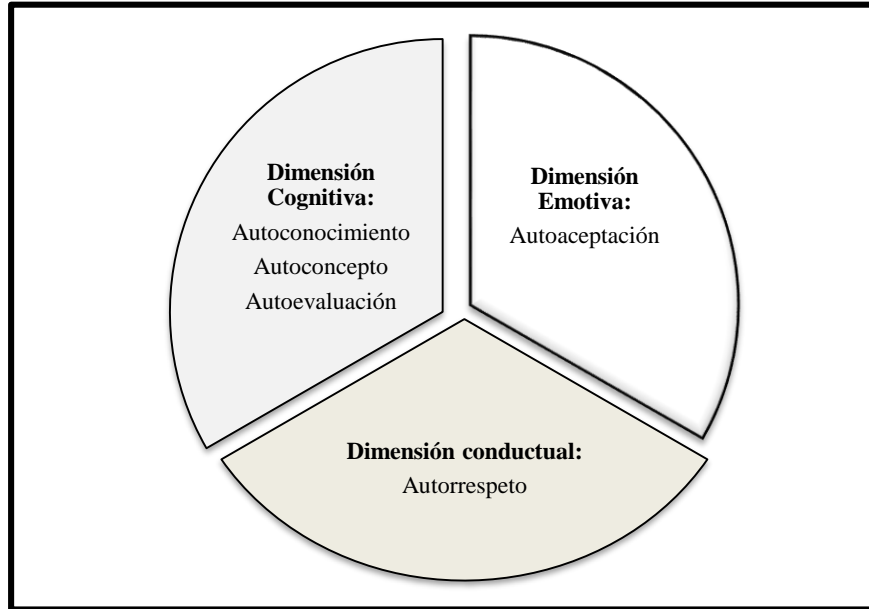


Figura 2. Elementos de la Autoestima.

Así pues, como se puede observar, los componentes de la autoestima se originan o pertenecen a diferentes dimensiones, esto según su naturaleza. Es conveniente mencionar, que la modificación de un componente repercutirá en el resto; del mismo modo, conviene puntualizar que la fluctuación de los valores de los componentes determinará el nivel de autoestima.

2.2 Terapia cognitivo conductual en el desarrollo de autoestima

El propósito de muchas de las investigaciones realizadas en torno a la Diabetes, es encontrar la forma en que los pacientes realicen las modificaciones necesarias en su estilo de vida. Debido a que, pese a haberse identificado la manera de controlar la enfermedad, los pacientes no realizan las indicaciones médicas cruciales para su salud.

Una investigación realizada por Maya, Hernández y Luna, (2008), enfocada en pacientes con Diabetes Mellitus 2, menciona que, la baja autoestima representa uno de los principales obstáculos para la implementación de conductas de autocuidado. Deja

en claro que el tratamiento multidisciplinario aumenta las capacidades especializadas de autocuidado.

Es imprescindible comenzar este tema definiendo la actitud, pues es un elemento imprescindible para este tema. Según Eagly y Chaiken (2005), la actitud, surge de un proceso psicológico y es una tendencia a evaluar de manera predeterminada cualquier objeto de cognición, otorgándole un nivel de agrado o desagrado. Pueden utilizar como base las experiencias, o la transformación de estas en creencias, para asignar este nivel, por lo cual, generalmente están basadas en el pasado, sin embargo, el sujeto cambia constantemente, por lo que existe la posibilidad de que sean equívocas.

A lo largo de este capítulo, se ha definido a la autoestima como una actitud por al menos dos autores, de manera explícita por Alcántara (1993), y también por Coopersmith (1976), de manera implícita, ambos citados en el trabajo de investigación de Sparsci (2013), ya que señala esta autora que la autoestima es una evaluación y genera juicios de valor en el individuo, acerca de sí mismos.

Cabe mencionar que, al hablar de las dimensiones de la autoestima como actitud, no sólo se hace referencia a los campos en los que influye, sino también que cualquiera que esta sea, surge de las mismas dimensiones (Zanna y Rempel, 1988, citado en Eagly y Chaiken, 2005), destacando el hecho de que cuentan con la característica de poderse influir entre sí. A partir de esto, se sugiere visualizar estas tres dimensiones como parte de un gran sistema y a su vez, como sistemas en sí mismos.

Puesto que se ha identificado a la autoestima como actitud, es aquí, en el ámbito de las actitudes y creencias en el que es indispensable ahondar, para lograr una modificación de la variable deseada. Para ello, será necesario recurrir a la teoría que postula Aron Beck (1964, citado en Beck, 1995) quien asegura que las creencias y actitudes son modificables, además de lograr convertir sus postulados en una forma de tratamiento perteneciente a la corriente cognitivo- conductual.

La forma en que Aron Beck explica su teoría, es lo que, de modo esencial permite tomarlo como base del presente trabajo, ya que, menciona que es la manera en que nosotros percibimos las situaciones y las asimilamos, lo que determina la forma en que pensamos y sentimos acerca de las mismas, ya como experiencias y, por tanto, lo

que genera un determinado tipo de comportamiento. Es notoria la similitud de esta teoría, con los postulados que se han tenido en cuenta a lo largo de este capítulo.

Este mismo exponente de la terapia cognitiva, asegura que las personas cuentan con hipótesis disfuncionales, premisas erróneas que, al influir en las demás dimensiones del ser humano, provocan también emociones, sentimientos y comportamiento. Si bien se responde adecuadamente a la cognición, al ser esta última una hipótesis equivocada y disfuncional, el proceso mismo en torno a ella, suele intervenir en el desarrollo personal de quien la presenta.

Se propone a partir de esta teoría también, una tríada cognitiva, a partir de la cual se afectan tres campos de la vida del ser humano. Así pues, el primer paso de esta tríada son los pensamientos disfuncionales pueden ser acerca de la percepción de sí mismo, del mundo, las experiencias en torno a este, así como del futuro. En este proceso ya conocido, como segunda fase, se generan creencias y actitudes que intervienen en las demás dimensiones, por último, se hacen presentes en estos tres mismos campos de acción influyendo en el comportamiento del individuo consigo, con el mundo, las experiencias y el futuro.

Estos pensamientos se experimentan de forma automática, es decir sin conciencia de lo que sucede. Por ello, el terapeuta toma un papel activo, para explorar e identificar tales pensamientos, así como dirigir a la persona a encontrarlos y modificarlos. Beck (1964 citado en Beck, 1995) utiliza técnicas tanto verbales como conductuales, enfatiza en el hecho de que estas últimas no son usadas como fin en sí mismas, es decir, no se utilizan para un cambio conductual, sino para generar un cambio a nivel cognitivo, también llamado reestructuración cognitiva.

En el caso de la autoestima, es necesario visualizar la intervención como una reestructuración cognitiva. Puesto que abarca el ámbito cognitivo dentro de sus dimensiones, incluso al hablar de autoconcepto, se está afirmando la existencia de un conjunto de creencias y significados que el sujeto ha hecho a partir de sí mismo como objeto de estudio, tomando como base experiencias y aprendizajes, a partir de las cuales tiene una representación a nivel mental.

Es imprescindible mencionar que, la reestructuración cognitiva en relación a la autoestima, ha tenido buenos resultados en condiciones físicas y médicas que requieren modificación de estilos de vida. Tal caso se corroboró en una investigación a cargo de Alvarado y cols. (2005), en la cual, se logró la pérdida de peso, e incluso el peso ideal en pacientes con obesidad, todos ellos adultos de entre 25 y 65 años de edad.

Por lo cual, se puede deducir que la reestructuración cognitiva de la autoestima, tiene influencia, aunque de manera indirecta, en la adherencia al tratamiento en cuanto a la modificación de hábitos. Pero no es el único ámbito que se puede modificar con base en la cognición, ya que, con base en tareas realizadas por el sistema conductual también, se puede lograr el afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad Diabetes Mellitus 2 (DM-2) y la posterior adaptación a dicho acontecimiento.

CAPÍTULO III. AFRONTAMIENTO A FACTOR ESTRESANTE

3.1 Definición de estrés

Para definir el afrontamiento a algún factor estresante; variable crucial en el desarrollo de esta investigación, es importante primero, dejar en claro qué es el estrés. Actualmente, se conserva una postura con la cual, Lazarus y Folkman, en 1986 definieron este concepto como, “una reacción del organismo en respuesta a una o varias demandas ambientales, surge de la interacción y evaluación que da el sujeto a situaciones presentadas por el ambiente, percibidas como mayores a sus propios recursos, ya sean estos de tipo biológicos, psicológicos o sociales” (Rodríguez y Neipp, 2008, p. 44).

Estas demandas, son conceptualizadas como estresores, y se pueden clasificar en cuatro tipos, dependiendo del ámbito de donde provengan. Así pues, existen variables culturales; que se refieren a normas, valores, creencias y símbolos generales, con los que cuenta un sujeto como parte de su educación.

Las variables sociales, son los roles que comprenden al individuo, así como las interacciones que se generan en su entorno. Por otro lado, las variables psicológicas, son aquellas que componen los sistemas cognitivo y afectivo, que de alguna manera repercuten en la conducta.

En cuanto a este tipo de variables especificadas, se encuentran las variables físicas, que se refieren al conjunto de componentes físicos y reales, que caracterizan los ambientes del individuo, tanto el ambiente interno; entendido como el propio cuerpo-sistema, como el externo; constituido por el entorno (Rodríguez y Neipp, 2008).

Por otro lado, retomando un poco los antecedentes, debido a que el estrés, es un proceso realizado con la finalidad de responder a las demandas ambientales, le fue asignado el nombre de Síndrome General de Adaptación, por Selye en 1956 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), quien además propone que se da en tres etapas. La primera fase es nombrada alarma, debido a que es el primer momento y se encuentra plagada de los sucesos psicofisiológicos y comportamentales correspondientes, que en conjunto hacen al sujeto responder de la mejor manera posible.

Estos sucesos se presentan siempre, sin embargo, su intensidad no siempre es la misma, surgen inmediatamente y se llevan a cabo por el sistema nervioso autónomo, por tanto, no son conscientes. Aumenta la frecuencia cardiaca, el número de linfocitos (defensas) y la capacidad respiratoria, se dilatan las pupilas para mejorar la visión, aumenta la coagulación, se contrae el bazo para liberar glóbulos rojos, la sangre se concentra en los músculos, cerebro y corazón (Nogareda, 1994).

La resistencia, es el nombre de la segunda etapa, como su nombre lo indica, es el mantenimiento del individuo en el estado de alarma, con el fin de adaptarse al medio demandante. Por último, este teórico nombra extenuación a la tercera fase; en la cual el individuo, después de mantenerse sobre activado por un largo periodo, entra en el agotamiento tanto físico como mental, es por ello que en esta fase también puede haber alteraciones psicósomáticas (Amigo, 2014).

De esta misma manera, es importante mencionar los acontecimientos que tienen lugar en la fisiología del ser humano, y que influyen en la generación de síntomas particulares, a lo largo de estas tres etapas. El estrés, tiene dos rutas principales por las que se produce en el cuerpo humano, a través del sistema nervioso autónomo, y por el sistema hipotalámico – hipofisario – suprarrenal.

El sistema nervioso autónomo, tiene dos ramificaciones, el sistema simpático, que tiene la función de alertar al individuo ante las situaciones de estrés, y el parasimpático, el cual se encarga de inhibir esta reacción. El sistema nervioso simpático, cuenta con ramificaciones nerviosas desde el cerebro, mismas que salen de la columna vertebral hasta casi todos los órganos, vasos sanguíneos, glándulas y músculos.

Por tanto, la señal de alerta se realiza por la activación de las glándulas suprarrenales, que secretan adrenalina y noradrenalina al torrente circulatorio haciendo llegar estos neurotransmisores a absolutamente todos los órganos, y no sólo a los que cuentan con ramificaciones al sistema simpático. lo mismo sucede con el sistema nervioso parasimpático, sólo que produce resultados opuestos, es decir, no de alerta, sino de estabilización, si la respuesta que provoca el sistema nervioso simpático se extendiera más tiempo, la persona correría el riesgo de morir (Amigo, 2014).

La ruta llevada a cabo a cargo del sistema hipotálamo – hipófisis – suprarrenal, es un poco más tardada, y requiere de más tiempo en contacto con la situación estresante, sin embargo, su reacción dura más tiempo. En esta respuesta, destaca la unión de un grupo de hormonas, denominadas glucocorticoides (cortisol, cortisona y corticosterona) a la adrenalina y noradrenalina. Es precisamente este grupo antes mencionado, el que hace que la reacción se pueda prolongar hasta por horas.

Resulta que, ante un estresor, el hipotálamo segrega el factor liberador de corticotropina por sus siglas inglesas (CRF), en el sistema circulatorio del hipotálamo y la pituitaria; 15 segundos posteriores a esto, el factor hace su efecto sobre la glándula pituitaria, quién se encarga de liberar la corticotropina por sus siglas inglesas (ACTH). Una vez liberada esta hormona en el torrente sanguíneo, tiene el objetivo de llegar a las glándulas suprarrenales para provocar la segregación de los glucocorticoides, aunque esta función es realizada en varios minutos.

Sucede que, si bien todo este conjunto de reacciones fisiológicas, son realizadas con el objetivo de que el sujeto pueda resistir el estrés, y con ello responder a las demandas que esto implica, se ha comprobado que la liberación de glucocorticoides afecta múltiples funciones, una de las más importantes es la respuesta inmunitaria, provocando con esto, mayor probabilidad de enfermar.

Es importante mencionar que existan repercusiones causadas por el estrés, en pacientes con Diabetes Mellitus 2, a nivel fisiológico. Puesto que, el organismo necesita más energía para responder al ambiente, el páncreas secreta glucagón, el cual, es una hormona que sirve para aumentar el nivel de glucosa en sangre, permitiendo en un organismo regular, que del torrente sanguíneo se pueda metabolizar la glucosa. Sin embargo, debido a la situación metabólica con que cuentan los pacientes, esto resulta casi imposible, por lo que; el aumento de glucosa en sangre, resulta perjudicial para su salud (Amigo, 2014).

Todos los acontecimientos antes mencionados, que tienen lugar cuando el individuo se siente estresado, se presentan para la persona mediante signos y síntomas físicos. Debido a la variedad de síntomas, éstos se clasifican en cinco apartados, algunos de ellos se muestran a continuación en la clasificación de la Tabla 1.

Tabla 1
Clasificación de síntomas del Estrés

Signos y síntomas del estrés				
Conductuales	Emocionales	Psicofisiológicos	Cognitivos	Sociales
Evitación de tareas, dificultad para dormir, dificultad para terminar el trabajo, inquietud, cara tensa, puños apretados, lloros, cambios en los hábitos alimenticios, tabaquismo, alcoholismo.	Tensión, irritabilidad, desasosiego, preocupación, incapacidad para relajarse y depresión.	Músculos tensos, rechinar de dientes, sudoración profusa, cefalea tensional, mareo, sofoco, dificultad para tragar, dolor de estómago, náuseas, vómitos, estreñimiento, heces sueltas, frecuencia y urgencia de orinar, pérdida de interés en el sexo, fatiga, sacudidas y temblores, pérdida o ganancia de peso, conciencia de los latidos del corazón.	Pensamientos ansiógenos y catastrofistas, dificultad para concentrarse, dificultad para recordar.	Algunas personas buscan a otros, también sucede que otras tiendan a evitarlas. La calidad de las relaciones cambia cuando alguno cuenta con estrés.

Fuente: Amigo, 2014.

Por si fueran pocos los estragos que causa el estrés en el organismo del sujeto, como se puede observar en la tabla 1, algunos signos y síntomas llevan al individuo a presentar emociones que, en la mayoría de los casos, resultan desagradables, esto propicia que la persona actúe de determinada manera. Los signos y síntomas, así como las conductas y el comportamiento, no sólo tienen repercusiones individuales, sino que se hacen notar incluso en los diferentes contextos de la persona con estrés.

Como se ha podido ir descubriendo a lo largo de estas líneas, resulta que el estrés al igual que muchos otros conceptos, se ha ido volviendo común en el acontecer diario e incluso en el lenguaje de las interacciones cotidianas. Sin embargo, el término

resulta mucho más complejo que en el uso cotidiano, dado que, en él se puede confundir con otras múltiples cuestiones, desde enfermedades como el trastorno de ansiedad o de angustia, debido a que pueden compartir algunas manifestaciones físicas.

Es preciso entonces, detallar el proceso mediante el cual, se llevan a cabo diferentes acontecimientos que tienen lugar en el individuo y su ambiente y, por tanto, influyen en la reacción de estrés. Según lo mencionado anteriormente, el estrés es detonado por la evaluación que hace el individuo de las demandas ambientales, mismas que se perciben como sobre exigentes de recursos propios. A continuación, se muestra cómo es que el sujeto realiza esta evaluación y cuáles son los elementos que influyen en la misma.

3.1.1 Factores que influyen en la percepción de un acontecimiento como estresante.

El proceso mediante el cual asignamos determinado valor a las situaciones, es denominado por Lazarus y Folkman en 1986 (en Rodríguez y Neipp, 2008), evaluación cognitiva, y se le atribuyen dos actividades principales: La primera es denominada evaluación primaria, por ella somos capaces de juzgar la influencia que posee una situación en nuestro bienestar.

La segunda actividad es llamada evaluación secundaria, a través de la cual, se evalúan los propios recursos, para afrontar la situación detonante vivida. El resultado de esta evaluación puede ser una asignación de valor como “irrelevante”, “benigna-positiva” o “estresante”, según el significado de la situación como de daño-pérdida, amenaza o desafío.

En donde, es importante aclarar que la clasificación de estresante, se refiere a situaciones que impliquen daño, pérdida o la amenaza hacia ellas, por tanto, contiene emocionalidad negativa, como miedo, ira o resentimiento. Por su parte la asignación a situaciones como benignas positivas, se refiere a la implicación de desafío, mismo que se entiende como compuesto por emociones calificadas como positivas, siendo estas la excitación, impaciencia, ansia o ilusión (Rodríguez y Neipp, 2008).

Esta misma evaluación a la que hace referencia la definición de estrés, también se lleva a cabo mediante la identificación de dos principales tipos de factores, el de tipo

personal y el de tipo situacional. Así pues, el primer factor, está compuesto por las variables personales, con ello, nos referimos a los elementos cognitivos y de personalidad que posee el individuo.

Primer factor. Entre los elementos cognitivos, destacan las creencias; nociones acerca de la realidad y moldeadas social y culturalmente, se dividen en religiosas y específicas. Dentro de estas últimas se encuentran las creencias en torno a una amplia variedad de objetos, personas, situaciones e incluso uno mismo, por tanto, las creencias que circundan a la enfermedad se encuentran en este apartado.

Los compromisos por su parte, anclados generalmente a la personalidad, son metas específicas que mantiene cada persona, con un significado crucial en su vida. Naturalmente, las creencias son imprescindibles para las primeras evaluaciones; mientras que, en lo que respecta a los compromisos, cualquier interacción o demanda que les amenace, será valorada como significativa.

Otra característica, mencionada por Rotter en 1966 y posteriormente por Rodín en 1987 (citados en Rodríguez y Neipp, 2008) que, además influye en la percepción de la situación como excedente de nuestros recursos, son las creencias referentes a la capacidad de control que podemos ejercer de alguna forma sobre el estresor. Es el propio pensamiento acerca de la capacidad con que cuenta una persona, para afectar la situación que le detona estrés, mediante decisiones y comportamiento que genere acontecimientos deseados y a su vez evite lo perjudicial.

Es relevante, la similitud de esta variable con la autoeficacia, aunque esta última involucra sentimientos y emociones, además de evaluar al sujeto en forma general, y no solo en cuanto al estrés se refiere. Sin embargo, no se descarta que puedan estar íntimamente relacionados.

Algunas otras variables que pueden intervenir en la evaluación de un suceso como estresor, están explicadas por la teoría atribucional de Heider, que data del año 1958 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008). Esta teoría está compuesta por tres acontecimientos, a los que el autor se refiere como dimensiones.

La primera, es denominada del “locus”, está compuesta por el “locus causal” y el “locus de control”, el primero, se refiere como su nombre lo indica, al suceso que el

individuo identifica y asigna como motivo u origen del acontecimiento estresante; el segundo, indica la creencia acerca de la controlabilidad del mismo acontecimiento. Ambas pueden situarse externa o internamente, en otras palabras, se puede atribuir la causa o control del estresor en el ambiente tanto interno como externo.

La siguiente dimensión, es la “estabilidad”, esta se explica con relación al tiempo, cuanto más estable es un acontecimiento en el tiempo, produce una mayor indefensión, que si sólo se percibe como pasajero. La tercera dimensión llamada “globalidad”, se refiere a la causalidad de un acontecimiento, puede ser global si se le ataña una explicación general, o puede ser específica, si se le atribuye como causa, por ejemplo, una cualidad concreta que hace falta desarrollar.

Por otro lado, existen características con un mayor arraigo en la personalidad del sujeto, de las que se hace especial énfasis, en cuanto a su intervención en la evaluación de eventos como estresores. La conceptualización y organización natural del mundo, así como la fe en Dios, tiene un papel de suma importancia, Lazarus y Folkman en 1986 (citados en Rodríguez y Neipp, 2008), destacan su función en el afrontamiento y les denominan creencias existenciales, mencionan que pueden ser de gran ayuda para dar una explicación a experiencias negativas, un significado a la vida misma y a su vez, mantener la esperanza.

Otros factores incluidos en el ámbito de la personalidad, son los denominados “dureza” y “patrón de conducta tipo A”, cada una es un compilado de características que posee un individuo, con las que responde a las demandas del medio. La dureza se compone por un locus de control interno, un sentido de intervención o participación en los acontecimientos, actividades, interacciones e incluso las personas mismas que se involucran en nuestra vida y el sentido de desafío.

El “patrón de conducta tipo A”, está integrada por tres características según Friedman y Rosenman en el año 1974 (citados en Rodríguez y Neipp, 2008). La primera propiedad es denominada “orientación de logro competitivo”, explica la tendencia de una persona a la autocrítica y al esfuerzo por conseguir sus metas. Aunque cabe mencionar, que no se hace acompañar de sentimientos que puedan llegar a hacerle sentir recompensado o satisfecho.

Gracias a la investigación realizada por Kobasa en 1979 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), se identifica este conjunto de cualidades que posee el individuo, como aspectos que ayudan al individuo a sufrir menos impacto tras un evento estresor, responder de una manera más ágil a tal demanda y, por tanto, permanecer más sanas a pesar del estrés producido.

La segunda se nombra “urgencia temporal”, las personas con esta característica suelen ser intolerantes, en cuanto a los resultados que esperan tras la inversión de tiempo, pueden desesperarse tras un retraso y suelen intentar hacer más de una cosa a la vez. Por último, la tercera característica se compone de “sentimientos de ira y hostilidad”, aunque cabe mencionar que estos pueden expresarse o no.

Se han realizado varios estudios en cuanto a la conducta tipo A, Byrne y Rosemnan (citados en Rodríguez y Neipp, 2008), en 1986, explican que el comportamiento de estas personas, provoca interacciones que se identifican como estresantes. En conclusión, estos sujetos responden de manera más fuerte e inmediata a eventos interpretándoles como estresores, ya que tienden a percibir y alertarse por varios sucesos como amenazantes. A continuación, se presentan los factores que alteran dicha percepción:

- a) Factor situacional. Es el proceso, que se basa en características que posee la situación, para atribuirle o no, la denominación de estresor. Primeramente, el sujeto distingue si la situación es de pérdida o castigo, posteriormente le asigna un valor al acontecimiento, que depende de la potencialidad con que cuenta de ser estresante.
- b) Evaluación de la controlabilidad que posee la situación en sí misma, la mutabilidad; que nos indica la posibilidad existente de que la situación cambie por sí misma.
- c) La ambigüedad, califica de suficiente o insuficiente la información que se tiene del acontecimiento y su el potencial de ocurrencia o recurrencia.
- d) Y, como último factor, se encuentra el nombrado momento o cronología, la cual marca la etapa vital por la que transcurre el ser humano en el momento de presentarse la situación que está siendo evaluada.

Rodríguez y Neipp, (2008), mencionan la familiaridad como una característica subjetiva de las situaciones, esta nos indica el grado en que dicho acontecer ha ocupado lugar en nuestra experiencia. De tal forma que, si un suceso ya ha tenido lugar en nuestra vida, podemos tener conocimiento de cuáles son las mejores formas de enfrentarle y viceversa.

Según Amigo, (2014), existen dos características universales que brindan la denominación de estresor a un acontecimiento. La impredecibilidad de los acontecimientos, un ejemplo claro de ello, es la segunda guerra mundial, en donde posterior a varios ataques nocturnos a Londres, se identificó que varios sujetos de las afueras del mismo territorio, contaban con úlceras gástricas. Lo que sucedió, es que a pesar de estar sometidos ambos a situaciones de estrés, en las afueras de Londres era mucho menos frecuente, y, por tanto, menos predecible (Stewart y Winsler, 1942, citado en Amigo, 2014).

La característica siguiente es la incontrolabilidad de los acontecimientos, si un estresor además de presentarse súbitamente, es incontrolable, el estrés resulta mayor que cuando se considera poder operar en el acontecimiento y modificarlo. Además de que, por esta misma razón también la reacción fisiológica es menor. Así lo comprueban Lundberg y Frankenhaeuser en 1976 (citado en, Amigo 2014), al someter a personas a estrés por ruido, se identificó que cuando las personas creen tener el control del mismo, los niveles de adrenalina y noradrenalina resultan más bajos.

Se puede comprender que el estrés es un acontecimiento que tiene lugar en la vida humana de manera subjetiva, pues depende de una amplia gama de variables personales, para que el sujeto asigne el valor de estresor a una situación, y con ello experimente el estrés como tal. Sin embargo, presenciar el estrés no sólo tiene consecuencias disfuncionales, sino que también permite al individuo hacer frente a una situación que de alguna forma resulta amenazante, e incluso puede estar perjudicándolo.

Una vez explicados los acontecimientos en torno al estrés, de manera que pueda llegar a entenderse la vivencia del mismo, se considera pertinente dejar en claro el papel del estrés en los pacientes con DM-2. Para ello, es necesario mencionar cómo es que el

sujeto hace frente al estrés y a qué se debe que los pacientes con esta dificultad metabólica pasen por esta circunstancia, e incluso si estas dos variables se influyen.

3.1.2 Enfermedad crónica como factor estresante.

Para Rodríguez y Neipp (2008), la enfermedad es un desajuste físico, mental o social, que provoca repercusiones en estas mismas áreas de la vida del individuo, de manera indiscriminada, y sin algún orden en particular. Por tanto, provoca una serie de cambios en la vida del sujeto y las personas que le rodean, irrumpiendo en la forma habitual de vida y en el comportamiento del sujeto, de esta forma se realiza el desequilibrio, mismo que supone una situación estresante.

Por otra parte, en el año de 1977, Moos (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), describe a la enfermedad como una crisis vital, con la capacidad de ser estresante para el individuo. Si se observa detenidamente el fenómeno de las enfermedades, sobre todo aquellas que resultan ser crónicas, se puede entonces relacionar el estrés con las mismas, perceptible por dos características universales; la impredecibilidad de los acontecimientos y la incontrolabilidad de los mismos.

Generalmente, el diagnóstico se recibe sin tener sospecha de la enfermedad a diagnosticar, y al mismo tiempo, tras el diagnóstico de una enfermedad como crónica, el individuo califica la situación como incontrolable, ya que, no puede operar en ella para desaparecerla.

Debido a que es una situación inesperada, el sujeto al percibirla como algo nuevo, a lo que sus respuestas habituales no provocarían reacción, entra en un estado de desorganización, acompañado de ansiedad, miedo, culpabilidad y otros sentimientos, catalogados como desagradables, que acrecientan la desorganización (Rodríguez y Neipp, 2008). Además de ser considerada, una situación que representa amenaza y pérdida para el ser humano, pues implica amenaza al futuro y a la vida misma, así como los compromisos; por su parte, también pérdida de roles y estatus, tanto en los contextos particulares como en la sociedad misma.

Haan, en 1977 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), propone que los problemas de adaptación subsecuentes a una enfermedad, suceden porque en general estos acontecimientos son imprevisibles, además de que demandan la toma de decisiones de

manera inmediata, debido a esto último, a los pacientes les resulta imposible tanto elegir estrategias de afrontamiento, como asimilar la enfermedad y acostumbrarse a los cambios que ella implica. A continuación, se mencionan cuatro características que hacen que la enfermedad sea; en mayor o menor potencia, un estresante:

Duración, misma que puede ser aguda o crónica; forma de aparición, ya sea, súbita e inesperada, lenta y evolucionada o manifiesta e insidiosa; intensidad y gravedad; y las etapas del proceso de la enfermedad, que implica el punto en que se encuentra la persona y la incertidumbre por los acontecimientos venideros (Rodríguez y Neipp, 2008).

A pesar de aceptar que el estrés psicológico como proveniente de una enfermedad, es difícil de evaluar debido a que generalmente es negado por los mismos pacientes. Nichols en 1984 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), también menciona que su existencia es indudable, aunque en mayor o menor grado, dependiendo de la persona y la enfermedad, como ya se ha mencionado.

Wilson y Barnett, en 1979 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), afirman que las respuestas emocionales no son sólo a partir de la apreciación de un acontecimiento como estresante, sino también de las repercusiones que los niveles altos de estrés o el estrés crónico provocan, entre las más recurrentes están la depresión y la ansiedad. Ambas enfermedades mentales, suelen aparecer como respuesta a una estrategia fallida ante el estrés, así como de la probabilidad de que alguna situación perteneciente a la enfermedad o la enfermedad misma, vuelva a ocurrir; e incluso, la ansiedad puede ocurrir en consecuencia a la depresión, al percibirle como imposible de afrontar.

Con base en la información anterior, es fácil entender porque los pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, suelen presentar estrés, pues de primer momento, ésta es una enfermedad crónica que suscita, así como exhorta a la realización de cambios drásticos en la manera habitual de vivir de la persona. Por consiguiente, este cambio y el hecho de asumirse como “enfermo”, provoca una serie de variaciones incluso en los roles desempeñados, por tanto, desequilibrio a nivel sistémico afectando la familia.

De manera más general, la enfermedad afecta también el papel del sujeto en la sociedad, se percibe como un grupo con mayor vulnerabilidad a estresores que el resto

de la población (Cohen, Glass y Singer, 1973, citado en Rodríguez y Neipp, 2008), lo cual se afirma. También es importante mencionar, que de manera interrelacionada se piensa que los sistemas orgánicos, psicológicos y sistémicos del individuo no funcionan regularmente, aunado a ello, como consecuencia la presencia de estrés, provoca mayores repercusiones en cuanto a la salud.

Debido a todo esto, ha sido interesante para diferentes científicos e investigadores, exponer la forma en que sucede que algunos sujetos hagan frente a la enfermedad, en distintas maneras y cuantía, con todos los ajustes vitales que esto implica. Para informarnos acerca de esto, es importante desglosar el siguiente tema.

3.2 Definición de afrontamiento del estrés

Moliner en 1988 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), menciona que la palabra afrontamiento, es una traducción de la palabra *coping* en inglés, que significa hacer frente, ya sea a una dificultad o a una responsabilidad. Sin embargo, esta misma palabra para la psicología es utilizada en relación al estrés, para referirse a los esfuerzos de una persona, por responder a las demandas ambientales percibidas como sobre exigentes.

De esta manera, Lazarus y Folkman en el año de 1986, reconocidos precursores en las investigaciones que se enfocan en este mismo tema, definen 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” (Castaño y León, 2010, p. 245).

Con base en lo anterior, para estos autores antes mencionados, el afrontamiento consiste en una serie de interacciones o retroalimentaciones, a través de las cuales el individuo valora y responde al ambiente. Dichas demandas, pueden surgir a partir de cuatro grandes grupos, que juntos abren una gama de posibilidades, mismos que giran en torno a la vida de todos los seres humanos, tal como se muestra posteriormente en la tabla 2.

Para que un individuo pueda hacer frente a tales demandas, necesita conocer sus recursos, tener en cuenta cuáles son las cualidades y características con que cuenta; ya sea por experiencia o herencia, en las que puede apoyarse para responder a una

situación que le resulte amenazante. De manera que, gracias a ello pueda bloquear las reacciones pertenecientes al estrés, que surgen de manera tanto física como psicológica.

Tabla 2

Demandas Ambientales evaluadas para el Afrontamiento

Grupos	Demandas
Culturales	Entendidas como las normas, valores, creencias y símbolos o representaciones sociales, que son transmitidos de generación en generación.
Sociales	Surgen a partir de las interacciones sociales o del entorno social en que se está inmerso, así como los roles como estructura del sistema.
Psicológicas	Proviene de las emociones, sentimientos y cognición del individuo
Físicas	En él se encuentran las demandas que están en el ambiente físico interno y externo

Fuente: Rodríguez y Neipp, 2008.

Los recursos de afrontamiento son elementos, que pueden ser tomados tanto del ambiente interno como del externo. Para su mayor entendimiento Rodríguez y Neipp, (2008) dividen también en cuatro grupos:

Tabla 3

Clasificación de los Recursos de Afrontamiento

Grupo	Recursos
Ambiente	Interno, como la nutrición y del ambiente externo se encuentra la estructura de la vivienda o el clima, por mencionar algunos.
Habilidades psicosociales	Comprende la inteligencia, autoestima, creencias o capacidad de resolución de problemas, entre otros.
Cultural	Abarca creencias, normas, valores, símbolos o representaciones sociales, un ejemplo claro es la representación social de salud y enfermedad, ya que dicha imagen mental tiene cabida en una sociedad.
Social	Red social con que cuenta el individuo, el apoyo social del que puede disponer, así como ingresos económicos y satisfacción con el empleo.

Fuente: Rodríguez y Neipp, 2008.

Una vez entendidos los recursos y las demandas como factores de los que depende el afrontamiento del estrés, es importante mencionar que según algunas investigaciones (Pelechano, 2000, citado en Castaño y León, 2010), para poder conceptualizar el afrontamiento, es necesario hablar de los estilos y las estrategias de afrontamiento, que comprenden la manera en que la persona responde a las demandas del ambiente y en las cuales se profundiza a continuación.

3.2.1 Estilos y estrategias de afrontamiento al estrés.

El afrontamiento implica la reducción o destrucción de reacciones físicas y psicológicas ante un estresor. Esto, se puede lograr de diferentes maneras, dependiendo de las características que estructuran al sujeto y disponen su comportamiento.

Para comenzar con este tema, es preciso definir dos términos que podrían llegar a parecer sinónimos. Los estilos de afrontamiento, se refieren a las formas en que se encara el estrés, que suelen ser estables ante diferentes situaciones estresantes. Mientras que las estrategias, son aquellos cambios, acciones y comportamientos que se utilizan, de manera más variada, debido a que esta se lleva a cabo dependiendo del detonante y el contexto. Las estrategias pertenecen y dependen del estilo particular de afrontamiento con que cuenta el sujeto, cabe mencionar que son de acción directa hacia el estrés (Castaño y León, 2010).

Existe una amplia variedad de estrategias de afrontamiento, algunos autores han tratado de investigarlas y sintetizarlas para su explicación, agrupándolas según algunas semejanzas. A manera de resumen, destacan sólo algunos descubrimientos que se presentan en cinco agrupamientos o tipos de afrontamiento:

El primer grupo categoriza las estrategias según el foco y se subdivide según su campo de acción, distribuyéndose de la siguiente manera:

- Orientadas a la emoción: como su nombre lo indica, son aquellos esfuerzos para poder controlar la emoción distresante. Lo cual implica en ocasiones la alteración del significado que tiene un determinado resultado, situación o consecuencia (Lazarus, 1966, citado en Rodríguez y Neipp, 2008).
- Se enfocan al problema: en ésta se controla la interacción percibida como desbordante, mediante la solución de problemas, la toma de decisiones, e interviniendo de manera directa. Puede dirigirse tanto al ambiente interno como al externo (Folkman y Lazarus, 1980, citado en Rodríguez y Neipp, 2008).
- Respecto a la situación, se refiere a las conductas realizadas para modificar una situación.

- Con enfoque en la representación, implica la realización de conductas y acciones, dirigidas a la modificación de la imagen y significado de determinada representación mental, incluye la búsqueda o supresión de información acerca de tal objeto o situación.
- En dirección a la evaluación, se refiere al sondeo tras el que, se logra la reestructuración o estructuración de metas y se da un valor a un acontecimiento (Perrez y Reicherts, 1992, citado en Rodríguez y Neipp, 2008).

El segundo grupo clasifica las respuestas al estrés según el método, cuenta con dos acotaciones, que se refieren al grado de aproximación al suceso u objeto:

- El afrontamiento evitativo, es aquel que incluye todo tipo de estrategias ya sean cognitivas o comportamentales, para lograr escapar de aquello que provoca estrés o las emociones en torno a la situación estresante.
- Afrontamiento pasivo, como su nombre lo indica es la omisión de todo tipo de acción, es un estado permanente de duda o espera (Perrez y Reicherts, 1992, citado en Rodríguez y Neipp, 2008).

El tercer grupo clasifica las estrategias según el tipo de proceso, surgen dos tipos de afrontamiento con sus respectivas estrategias:

- Estrategias cognitivas, que surgen como respuestas a nivel mental ante el estresor, *minimizando la situación, distrayendo* la atención, u obteniendo alivio a través de *comparaciones sociales, reestructurando* el estresor como concepto, *aumentando la autoeficacia percibida, considerando las consecuencias y mediante la fuerza de voluntad.*
- Comportamientos consecuentes a las cogniciones antes mencionadas.

El cuarto grupo clasifica las estrategias según el momento en que surgen:

- Las respuestas anticipatorias, se realizan antes de que surja el estresor, como comportamiento preventivo.
- Las respuestas restaurativas, son aquellas que se realizan después de que el estresor ha aparecido e influido en el sujeto, implica la búsqueda de equilibrio. (Wills y Shiffman, 1985, citado en Rodríguez y Neipp, 2008)

El quinto grupo, clasifica las respuestas según su amplitud en dos subgrupos:

- Las respuestas generales o globales, son aquellas que se pueden aplicar a varios acontecimientos estresores.
- Las respuestas específicas, indican la posibilidad de ejecutar determinadas conductas o comportamientos para un tipo de situación (Rodríguez y Neipp, 2008).

Una vez que se han especificado las estrategias que conforman algunos tipos de afrontamiento, cabe mencionar, que los estilos de afrontamiento implican llevar a cabo un conjunto de estrategias diferentes, mismas que pueden pertenecer a uno o varios grupos según su orientación. Sin olvidar que los mismos, también son predeterminados por la individualidad orgánica, genética y experiencial.

3.2.2 Implicaciones del afrontamiento a la enfermedad crónica

El afrontamiento a la enfermedad, es el proceso de valoración y adaptación por el que pasa un individuo para responder a las múltiples demandas que surgen al ser diagnosticados, aunadas a las del diario vivir; mismas que, pueden complicarse por algunas repercusiones que provoca la enfermedad con que cuentan (Rodríguez y Neipp, 2008). A lo largo de este tema, se ahondará en la explicación del significado de afrontamiento a la enfermedad crónica, concluyendo en la especificación de algunos comparativos con la Diabetes Mellitus 2, enfermedad comprendida como crónica que nos atañe en esta investigación.

Cabe destacar, que la adaptación a una enfermedad crónica es mucho más difícil de llevarse a cabo que en cualquier otra enfermedad, esto; entre otras cosas, es debido a que la adaptación suele ser dinámica, es por ello que podemos entenderla como un proceso de constante negociación. En este proceso puede haber progreso, sin embargo, también puede verse opacado súbitamente debido a un retroceso, a causa de algún cambio en la enfermedad que afecte al individuo influyendo en sus respuestas y comportamiento.

Rodríguez y Neipp (2008), consideran que la adaptación a la enfermedad crónica es influida por varios factores, la complejidad del individuo mismo, suscita la visión de diferentes sistemas y, por tanto, diferentes tratamientos en un mismo tiempo.

Una persona puede estar equilibrada en su conducta social, pero desequilibrada en su fisiología. La adaptación se evalúa desde todos los contextos de la persona, y el funcionamiento también suele ser diferente.

Para Rodríguez y Neipp, (2008), se puede definir la adaptación a la enfermedad crónica como: “Una situación de la persona en la que ha renunciado a falsas esperanzas, ha suprimido desesperanzas destructivas y ha reestructurado su circunstancia para desenvolverse en ella con la mayor eficacia posible”.

Como se puede observar, lograr el afrontamiento y adaptación a la enfermedad, requiere de un amplio trabajo por parte del sujeto y la reorganización cognitiva de diferentes aspectos de su vida, para lograr trascender la enfermedad. Sin embargo, la respuesta adaptativa depende también de algunos factores que tienen que ver con la enfermedad misma, estos tres factores se explican a continuación.

El primer factor es la naturaleza de la enfermedad, este comprende a su vez tres subdivisiones: La primera es la forma de aparición, que distingue las enfermedades crónicas en congénitas y adquiridas, pudiendo ser diagnosticadas o detectadas de forma imprevista o de manera gradual. En este apartado se incluye también si la enfermedad surge como resultado de un accidente, patología o defecto genético.

La manera en que aparece una enfermedad en la vida de un individuo, determina múltiples cuestiones, como lo sentimientos y emociones inmiscuidos, así como el sentimiento de impotencia, frustración o estrés.

- La segunda es el curso de la enfermedad, que se refiere a la estabilidad con que cuentan los síntomas en la vida del individuo, existen enfermedades que suelen tener remisiones y luego una súbita exaltación, otras, que son deteriorantes de manera progresiva. Las complicaciones imprevistas y extensión de los síntomas, repercuten en la vida social de los individuos.
- La tercera, es el control del tratamiento, se refiere al tiempo que implica, el dolor que conlleva o la dificultad para llevarlo a cabo, debido a que implica una modificación en los hábitos y estilo de vida de una persona.

En el caso de los pacientes con Diabetes Mellitus 2, destaca la importancia de estos dos últimos factores, dado que, si bien dicha condición metabólica es

conceptualizada como una enfermedad progresivamente deteriorante, con la característica sumada de ser crónica, los pacientes cuentan con el control de ello, pues lo que les deteriora son los índices altos de glucosa, por lo tanto, cambiando su estilo de vida, son capaces de detener el deterioro y prolongar su vida y mejorar la calidad de ella. Sin embargo, esta es una ideología que, debido al contexto médico, no se da a conocer en dichos pacientes.

El segundo aspecto es la naturaleza y extensión de las limitaciones que implica la enfermedad. Las respuestas de afrontamiento dependen de la afectación somática, se cuenta con diferentes estrategias para afrontar una disfunción visual que, para hacer frente a la pérdida de movilidad de algún miembro, o del habla.

El tercer factor es el tipo y extensión de los cambios en la apariencia y funcionamiento, en este, se ven incluidos los cambios físicos y la extensión temporal o de magnitud, que pueden tener los cambios en la apariencia física y las funciones vitales del individuo. En el caso de los pacientes con Diabetes Mellitus, este aspecto sólo sucede cuando la condición física no es bien tratada y controlada, repercutiendo en las funciones orgánicas o provocando la amputación de algún miembro.

Por otra parte, también es importante mencionar que el significado de la enfermedad, también cuenta con repercusiones amplias en el tema de la adaptación o afrontamiento de la enfermedad, ya que gracias al significado se puede tener un panorama de la situación por la que se está pasando, pero también se puede interpretar el acontecimiento en la vida. Para poder dar a conocer la influencia del significado de la enfermedad, se detallan a continuación aspectos importantes para que se desarrolle.

- 1) Extensión del daño o anormalidad de la estructura biológica. Ya anteriormente, en el capítulo uno se hizo mención de que esta condición metabólica, puede ser explicada como una anormalidad, situación que puede repercutir en el autoconcepto.
- 2) Gravedad de la función dañada. Las funciones que puede dañar la Diabetes Mellitus con un mal control son múltiples, desde las funciones renales, hasta la visión, o incluso la funcionalidad del individuo a nivel social.

- 3) Naturaleza y gravedad de los síntomas. La hipoglucemia y la hiperglucemia, son las primeras consecuencias que tiene el paciente y, por tanto, se conocen con mayor frecuencia, cuando no son atendidas de inmediato, ambas pueden suscitar desde un coma, hasta un paro cardíaco e incluso la muerte.
- 4) Capacidad para controlar esos síntomas. Para la mayoría de pacientes diagnosticados con DM-2, es imposible controlar sus hábitos alimenticios, su actividad física y su estilo de vida en general, por este motivo, el control de sus síntomas les resulta casi imposible. Aunque también existen personas con este padecimiento que no tienen la información adecuada, y debido a esto no pueden controlar los síntomas de la enfermedad.
- 5) Valoración, normas y expectativas de los otros. Estos aspectos, con relación a la enfermedad crónica, suelen discordar de persona a persona, por lo que, provoca ambigüedades, confusiones, tensiones e incluso riñas entre aquellos que rodean al paciente y el paciente mismo. Todo ello produce un aumento importante en los niveles de estrés del individuo que cuenta con la condición metabólica llamada Diabetes Mellitus.

Pero las diferencias en los significados e interpretación, no sólo involucran los contextos sociales, sino que repercuten en el tratamiento del individuo; esto sucede, porque el significado con que cuenta el paciente y el cuerpo médico suele distar de una forma importante. Principalmente es porque la Diabetes Mellitus, no es vista desde la misma óptica, mientras el médico ve un conjunto de síntomas de una enfermedad, a los que hay que combatir con medicamentos, el paciente visualiza la influencia que ejerce en su calidad de vida.

Como una última variable de la enfermedad, que influye en el afrontamiento de la misma, se encuentra el contexto médico. Para Glazier en 1973 (citado en Rodríguez y Neipp, 2008), existen tres razones por las que el modelo médico es deficiente en el tratamiento de la enfermedad crónica.

Como primera causa, menciona que el sistema es pasivo, con ello se refiere a que, se basa en la premisa de que los pacientes acudirán al médico tras percibir los síntomas. Sin embargo, ya que la mayoría de las enfermedades crónicas, cuentan con

síntomas que aparecen cuando la enfermedad ya existe y está avanzada, e inclusive al percibir los síntomas, generalmente la gente no acude al médico.

La segunda causa es nombrada relación episódica, el autor nombra así a las consultas que los médicos otorgan tras un pago, siendo importante para ellos dar prescripciones y tratamientos, sin dar importancia a la prevención. En el caso de las enfermedades crónicas, específicamente de la Diabetes Mellitus, estas consultas no ayudan mucho al paciente a mejorar su estilo de vida.

El tercer problema, al que el autor atañe otra causa, es la crítica a la medicina como disciplina, al no estar equipada para proporcionar el apoyo y tratamiento a pacientes crónicos, que requieren tratar problemas de afrontamiento, apoyo familiar, rehabilitación y adaptación.

Una vez conocidos todos los factores que influyen en el afrontamiento a la enfermedad crónica, es importante hacer mención de las respuestas de afrontamiento que se presentan ante el diagnóstico de la enfermedad. Es por ello que se dan a conocer estas respuestas de afrontamiento, distinguidas en dos clasificaciones a continuación.

3.2.3 Respuestas de afrontamiento a la enfermedad.

Cuando se diagnostica una enfermedad crónica, esto suele provocar emociones que se consideran negativas, incluso Oblitas (2010), menciona que el paciente pasa por estadios semejantes a los de una persona que ha sufrido una pérdida, lo cual quiere decir, que el paciente atraviesa por etapas parecidas a las del duelo. Esto se debe a que la persona asimila la enfermedad, como una pérdida de salud y lo que ello implica, como por ejemplo la pérdida de autonomía.

El primer momento de este proceso de respuestas suele ser la negación, posteriormente sigue el enojo; después la desesperación o negociación, en la que el individuo al ver la situación como injusta, trata de intercambiar algún aspecto de su vida por el regreso de su salud, prosigue la depresión, y la reconciliación o aceptación.

En esta última etapa, como su nombre indica el paciente acepta estar enfermo y las responsabilidades que representa la enfermedad, tras reconciliarse consigo mismo. Destaca, que el paso por estas etapas no siempre se da la misma forma, puede que se

supriman o salten algunos pasos en el proceso individual, o que sean de mayor o menor duración (citado en Oblitas, 2010).

Como se puede observar, la clasificación de Oblitas se refiere al conjunto de reacciones naturales de tipo psicológico, físico y social, que se dan en el ser humano ante la situación de pérdida. La categorización de respuestas que se presentan a continuación, hace una pequeña referencia a la negación; no obstante, continúa con la presentación de una gamma de alternativas comportamentales, de las que el sujeto dispone con una combinación única que le brinda su complejidad humana, mismas que resaltan debido a que involucran el plano conductual. Acción directa sobre el estresor, situación que demanda el afrontamiento a la enfermedad, vista como factor estresante.

Existen diferentes teorías de cómo sucede este proceso, para Rodríguez y Neipp (2008), se distinguen 14 respuestas que los sujetos ocupan con mayor frecuencia para hacer frente a la enfermedad, enmarcan también, que estas no se dan de manera estandarizada, sino que cada persona puede tener diferentes combinaciones de respuestas, que conforman el estilo particular del sujeto para afrontar la enfermedad.

Reconocen como primer momento o primera respuesta la *negación*, misma que identifican en tres diferentes tipos:

- 1) Negación del hecho de la enfermedad.
- 2) Negación del significado de la enfermedad.
- 3) Negación del estado emocional de la enfermedad.

En este punto, es importante hacer mención de que a partir del número dos; *respuestas de acción directa* de escape o evitación del acontecimiento y en adelante, las respuestas buscarán influir directamente sobre el estresor. La tercera respuesta se refiere a la *búsqueda de información*, misma que se ocupa para reestructurar cognitivamente el significado de la enfermedad, trayendo como consecuencia la formación de creencias diferentes acerca de la misma.

Como cuarta opción de estrategias mayormente usadas, se encuentran las *conductas confrontativas*, entendidas como aquellos esfuerzos y conductas, que repercuten de manera directa en el estresor. En el caso de pacientes con Diabetes, este tipo de estrategias abarca por ejemplo la utilización del aparato para medir su glucosa.

El número cinco, se refiere a la *planificación de actividades*, misma que se explica cómo el desglose del problema en varias partes, permite que el suceso sea controlable para poder lograr su posterior solución. También abarca el mantenimiento de rutinas o la introducción de cambios en el estilo de vida, que son necesarios para conservar la salud.

Como sexta opción estratégica se encuentra el *manejo de la autopresentación*, con ello, se refieren al hecho de saber expresar sus emociones de manera adecuada, con amigos, familiares o personal sanitario. El séptimo conjunto de estrategias, se nombra *ensayo de consecuencias alternativas*, se refiere a anticipar situaciones de discusión con personas cercanas, para también darle soluciones alternativas, a modo de ensayo para resolver en la realidad.

La opción número ocho, se llama *instalación o mantenimiento del sentimiento de control*. Este, se obtiene con base en las creencias que se tengan acerca del control de la enfermedad, ya sea como propio o ajeno. El noveno grupo, se refiere a las *acciones realizadas sobre el entorno para cambiar la situación*, puede ser a través de la decisión o el comportamiento.

Las estrategias que forman parte del número diez, son las utilizadas para dar un *sentido a la enfermedad*. Mientras que, las que forman parte del onceavo grupo son las realizadas para *reinterpretar positivamente la enfermedad*, dar un sentido positivo. Prosigue el grupo doce, que abarca estrategias usadas para la *búsqueda y obtención de apoyo social*. El trece por su parte, es la *comparación social* que consiste en evaluarse y entenderse a sí mismo tomando como base a los seres que le rodean.

El número catorce y último, es el conjunto de estrategias nombrado *resignación o aceptación de la enfermedad*, esto, abarca la aceptación del impacto, pero también de las responsabilidades que implica.

Sin duda, se tienen que resolver varios aspectos que conlleva ser diagnosticado con alguna enfermedad crónica, mismos que comienzan desde las mismas emociones y cogniciones. Sin embargo, también implica afrontar las repercusiones que puede ocasionar en la vida diaria, no sólo en su estilo de vida, sino igualmente en sus contextos con sus diferentes sistemas.

El papel del psicólogo es acompañar y apoyar al paciente a pasar de una manera eficaz la primera etapa que implica el duelo, al mismo tiempo en que también se le aliente e impulse a resolver conductualmente de manera directa, tal como señalan las respuestas de afrontamiento antes mencionadas. La forma de resolver y afrontar la situación, tiene repercusiones en todos estos ámbitos, en caso de no realizarse de manera hábil o favorable para el individuo, el estrés crónico puede generar ansiedad o depresión en el paciente.

En el caso de la Diabetes Mellitus, los pacientes reportan síntomas de depresión, mismos que pueden influir de manera drástica en su autocuidado personal; y, por tanto, verse reflejado en la adherencia al tratamiento, que termina haciendo mella en su control metabólico. Según una investigación realizada por Davis y cols. en 1988, (citado en Oblitas, 2010), el estado psicológico del paciente diabético, es el quinto predictor de mortalidad que llega a tener esta enfermedad.

Se cree conveniente, puntualizar las razones principales, que da Oblitas (2010), por las que se envía a tratamiento psicológico o psiquiátrico a pacientes con Diabetes Mellitus:

- Pobre adherencia al tratamiento.
- Pobre ajuste a la enfermedad, (adaptación a la enfermedad).
- Trastornos psiquiátricos (depresión y ansiedad).
- Efectos fisiológicos del estrés que repercuten en la enfermedad.
- Trastornos de alimentación.
- Deterioro cognoscitivo.

Por lo tanto, debido a todas las repercusiones causadas en la vida del paciente, es crucial la conformación y mejoramiento del tratamiento a pacientes crónicos, con la implementación de la psicología como apoyo a la atención prestada. Sin embargo, no se tiene la cultura de acudir al psicólogo, e incluso esta medida preventiva o de canalización, es casi nula por parte de los médicos, a pesar de formar parte del área de la salud.

Según una investigación realizada por Maya y cols., en el año 2008, se concluye que las capacidades de autocuidado, están relacionadas directamente con la adaptación

a la enfermedad, también se afirma que, proporcionar conocimiento no garantiza autocuidado. Sin lugar a dudas, y según los pormenores demostrados a lo largo de la presente investigación, la psicología responde a las necesidades que la población de pacientes crónicos presenta, y sería un coadyuvante en la adherencia al tratamiento.

Una vez que se ha revisado el contenido de este capítulo, se representan en la Figura 3, los componentes que corresponden al afrontamiento de la enfermedad y que se resumen en: estilos, estrategias y respuestas, presentados de manera diferente en cada persona.

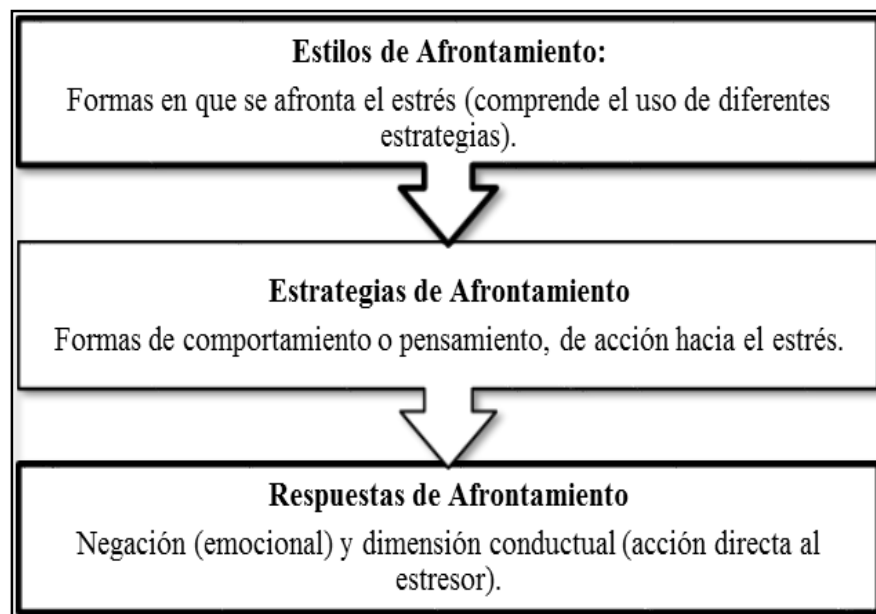


Figura 3. Estructura del afrontamiento.

Así pues, es conveniente mencionar que el afrontamiento se lleva a cabo de una manera distinta en cada persona, del mismo modo en que de este se derivan las estrategias mentales para encarar el estrés. Y finalmente, se abre paso al plano conductual, mismo que se lleva a cabo mediante las respuestas que el individuo emprende para enfrentar o adaptarse al estresor (en el caso de la enfermedad crónica Diabetes Mellitus 2).

Cabe aclarar que, con base en la definición anteriormente puntualizada de Afrontamiento a la Enfermedad como factor estresante, o dicho en otras palabras Afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad se define como: El proceso de

valoración y adaptación por el que pasa un individuo para responder a las múltiples demandas que surgen al ser diagnosticados.

Se cree conveniente aclarar que los estilos cognitivos que involucran el uso de estrategias, enfocados a hacer frente al estrés, será denominado Afrontamiento mental, mientras que las respuestas a las demandas que implica la DM-2, serán comprendidas como Afrontamiento conductual. Esto con el objetivo de enfatizar la doble dimensión que abarca la variable y poder estudiarla como es debido.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

El diseño con el que contó la presente investigación, se denomina mixto, con predominancia cuantitativa (Sampieri, 2014) debido a que se enfoca principalmente en el análisis de datos duros, obtenidos de pruebas correspondientes a las variables involucradas, con el objetivo de dar respuesta a la pregunta de investigación antes planteada. Sin embargo, se enriqueció cualitativamente con la experiencia y análisis, que conllevan una mayor contextualización y exploración de variables.

Debido a que no se contó con el elevado control que exige el estudio experimental, sino que el grupo se involucró estando ya conformado, dado que se encontraba en un programa que llevó a cabo la institución a la que pertenecían. Por lo tanto, se concluye que pertenece al tipo pre experimental (Hernández, 2014).

Dentro de los diseños pre experimentales existen subdivisiones, sin embargo, el que se llevó a cabo se denomina Diseño de preprueba posprueba con un solo grupo, esto debido a que careció de grupo de control y contó con tres momentos: Pre test o realización de pruebas para el diagnóstico de ambas variables, la segunda fase es la de tratamiento, en donde se manipula una de las variables, para éste caso el Taller para desarrollo de autoestima; y la última fase, es denominada post test, en la cual se volvieron a identificar valores de las variables (Hernández, 2014).

Se define que el tipo de estudio, también denominado alcance por Hernández Sampieri (2014) fue correlacional, debido a que se desarrolló la variable independiente (autoestima), con la finalidad de observar el comportamiento de la variable dependiente (afrentamiento de la enfermedad), con respecto a esta primera modificación. Y con ello, también identificar el tipo de interacción y relación de variables, si es que existe.

Por otra parte, partiendo de la pregunta de investigación: *¿El desarrollo de la autoestima, a través de un taller, potencia el afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad Diabetes Mellitus 2?*

Es conveniente mencionar que paralelamente se respondieron de manera indirecta, las siguientes interrogantes: *¿Cómo es la correlación de las variables*

manejadas? ¿La relación de las variables se modifica antes y después de la aplicación del taller?

4.2 Aproximación metodológica

Se llevó a cabo un taller para el desarrollo de autoestima, debido a que se concluye que es el método más favorable para el trato con un grupo de personas en un mismo tiempo, situación que exige el planteamiento. Por otra parte, el sustento teórico cognitivo-conductual con que cuenta esta aproximación metodológica, brindó la oportunidad de realizarse en menor cantidad de tiempo, según el cronograma realizado en común acuerdo con la Clínica Fundación Dr. Hernández Zurita.

Además, se apegó al objetivo del trabajo con creencias existentes acerca de la enfermedad y de sí mismos. Buscando propiciar un afrontamiento cognitivo sano que no implique estrés; y también, conlleve la modificación conductual orientada al autocuidado (adherencia al tratamiento).

No obstante, dentro de este taller se realizaron también, técnicas de tipo Gestalt como fantasías dirigidas; necesarias y enfocadas a modificar las creencias existentes que se almacenan en el inconsciente de la muestra, acerca de ellos con respecto de sí mismos, de la enfermedad y de ellos con respecto a la enfermedad. Transformando así la percepción de la realidad interactiva que guardan el sujeto y la Diabetes Mellitus 2.

De tal manera que, el aumento de la autoestima (autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorrespeto), haya implicado un cambio en la realidad intrínseca del sujeto con respecto de sí mismo y esto repercute en su manera de percibir la realidad externa. Habiéndole otorgado empoderamiento o autoeficacia percibida en relación a la enfermedad DM-2 y el tratamiento involucrado.

Por consiguiente, el individuo se habrá podido entender como un ente responsable. Dicho en otras palabras, como una persona protagonista en su vida, capaz de responder y enfrentar la enfermedad DM-2, así como de congeniar con el tratamiento.

4.3 Limitaciones

Es conveniente mencionar, que existen situaciones que limitan los alcances del estudio, como el hecho de ser llevado a cabo con poco control, contar con pacientes

que ya forman parte de un programa actualmente impartido. Así como el hecho de involucrar dos variables pertenecientes a los seres humanos, que por esta misma razón están sujetas a fluctuaciones en cualquier momento, debido a su innegable correlación con el ambiente, situación especificada dentro del capítulo dos “Autoestima”.

De la misma forma, se debe prever que el ambiente en que se llevará a cabo la impartición del taller antes mencionado, cuenta con características que pueden afectar el proceso. El hecho de que el taller se lleva a cabo en un salón que pertenece a una clínica pequeña; y las sesiones se imparten en días de consulta, por lo que el tiempo de espera y la existencia de otros ruidos pueden afectar el estado de ánimo en los pacientes.

Por otra parte, también es necesario comentar que la muestra establecida, pertenece a dos de los cinco grupos con los que trabaja la Institución Fundación Dr. Hernández Zurita, misma que proporciona a éstos pacientes pláticas y consultas, tanto de nutrición como de hábitos alimenticios, así como consultas de oftalmología, angiología y medicina general. De tal forma, que es posible que el tratamiento dado a la muestra funcione como una variable extraña y afecte la investigación planteada.

4.4 Variables

En este caso, la Variable Independiente es la Autoestima. Actitud que posee un individuo hacia sí mismo, determina la forma en que piensa, siente y se comporta una persona consigo y los demás. Tiene la característica de ser dinámica, puesto que se enriquece, arraiga o interconecta con otras actitudes. Surge como producto de las experiencias, y al igual que el aprendizaje, posee cualidades como la transferencia y la generalización. Alcántara (1993, citado en Sparsci, 2013).

Se considera que la Variable Dependiente es el Afrontamiento al estrés. Es decir, 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, en este caso la enfermedad crónica Diabetes Mellitus 2 (Lazarus y Folkman, 1986, en Castaño y León, 2010, p. 245).

Debido a que esta variable involucra aspectos cognitivos y conductuales, se determina medir ambos aspectos, para alcanzar una mayor concisión. Por lo que, los

estilos y estrategias serán comprendidos como Afrontamiento Mental, mientras que las respuestas de acción directa al estresor, serán denominadas Afrontamiento conductual.

4.5 Instrumentos

A continuación, se presentan uno a uno los instrumentos con los que se llevará a cabo la medición de las variables, con el objetivo de poder llevar a cabo su estudio posterior.

Para cuantificar la variable autoestima en los participantes, tanto en pre test como en post test, se ocupó el instrumento titulado “Medición del nivel de Autoestima para adultos”, realizado por Dale Meléndez (2011). Cabe mencionar que cuenta con 40 afirmaciones, mismas que son diseñadas para responder a través de escala *Likert*, lo cual implica un indicativo de frecuencia, mismo que para el caso va de nunca a siempre, y está puntuado del 1 al 4.

Se considera adecuado, debido a que está basado en la pirámide de Rodríguez Estrada, postulado en el cual se basa el taller realizado para dicha investigación, por lo que realiza ítems para la evaluación completa de cada uno de los componentes de la Autoestima: Autorrespeto, autoaceptación, autoevaluación, autoconcepto y autoconocimiento.

El objetivo de esta prueba es determinar el nivel de autoestima de las personas que la realicen. Durante el presente trabajo, se realizará dicha evaluación antes y después de la aplicación del taller, para diagnosticar y monitorear el comportamiento de la variable. Además, cuenta con un índice adecuado de confiabilidad de 0.697 obtenido por *Alfa de Cronbach* (Anexo 1).

Como se puede observar en la definición de la variable Afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad, destaca su naturaleza cognitiva y conductual. Por esta misma razón se utilizarán dos instrumentos para su medición.

Con la finalidad de medir la variable Afrontamiento del estrés que provoca la enfermedad a nivel cognitivo, se hizo uso del instrumento titulado “Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento”, realizado por Cano, Rodríguez y García, basado en el *Coping Strategies Inventory* por sus siglas en inglés (CSI), originalmente realizado por Tobin, Reynolds & Kigal (1989). Consta de 40

ítems, diseñado para contestar en escala Likert que va de “en absoluto” a “totalmente”, puntuando del uno al cuatro aumentando según la frecuencia.

Obtuvo confiabilidad de entre 0.63 y 0.89, mientras la validez fue aprobada mediante intercorrelaciones entre escalas. Su objetivo es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas personales en la vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a dichos problemas (Anexo 2).

De igual manera, dicho instrumento se utilizó para determinar la frecuencia con que era necesario para los pacientes recurrir a los diferentes métodos, para disminuir la sensación de estrés. Estos métodos o tácticas son denominados estilos de afrontamiento al estrés. La evaluación de la variable afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad, fue realizada en los dos momentos antes y después del taller para desarrollo de autoestima.

Así pues, para obtener la medición de la variable Afrontamiento del estrés que provoca la enfermedad a nivel conductual, se determinó hacer uso del tercer instrumento llamado “Instrumento de Medición de Estilos de Vida de pacientes con Diabetes Mellitus 2” (IMEVID), cuenta con 25 preguntas, realizado por López Carmona y cols., en el año 2003. Como ya se mencionó, pretende medir el área conductual del afrontamiento del estrés que provoca la enfermedad, específicamente evaluando la frecuencia con que se llevan a cabo las medidas de control hacia la misma.

Cuenta con una confiabilidad de 0.81 obtenida por *Alfa de Cronbach* y cuenta con un coeficiente de correlación test-retest de 0.84. Además, tiene validez de contenido y buen nivel de consistencia (López y cols., 2003) (Anexo 3).

Taller para el desarrollo de autoestima, elaborado para el presente trabajo de investigación, basado en Rodríguez y cols. (1988) y Alcántara (1993, en Sparci 2013). Será el instrumento a aplicar como medida de intervención, para potenciar la variable autoestima. Con lo cual, también se espera la modificación indirecta de la variable Afrontamiento de la enfermedad.

Consta de siete sesiones, a impartirse una sesión por semana, con una duración de hora y media a dos horas por sesión (Anexo 4).

4.6 Sujetos

De la población total de 50 personas con Diabetes Mellitus 2, asistentes a la Clínica Fundación Dr. Hernández Zurita, en el programa de salud comunitaria, se extrajo la muestra de un total de cuatro adultos de sexo femenino. Mismas que cuentan con una edad de entre 49 a 53 años, pertenecientes a municipios y poblados cercanos a Cuitláhuac Veracruz, y asisten al programa de apoyo para personas que cursan este tipo de Diabetes.

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística y a conveniencia (Explorable, 2009), dado que se asigna en primera instancia por la presencia de Diabetes Mellitus 2, además de pertenecer a la clínica Fundación Zurita en Cuitláhuac Veracruz. De igual forma, se invita a los grupos que cuentan con mayor asistencia a participar en el taller de desarrollo de autoestima.

Cabe mencionar que la muestra, a pesar de ser pequeña, es representativa de la población, debido a que la mayoría de personas con Diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad (IDF, 2012).

4.7 Marco contextual

Esta investigación fue llevada a cabo en el municipio Cuitláhuac Veracruz en la Fundación Hernández Zurita. Dicha institución cuenta con una recepción, un consultorio de medicina general y nutrición, una oficina de trabajo social, un quirófano, una sala de recuperación, dos cuartos para hospitalización, una cocina, un aula de usos múltiples, un área verde y por último un consultorio de oftalmología.

Tanto la realización de pruebas como cada una de las sesiones del taller, se realizaron en el aula de usos múltiples. Misma que cuenta con dimensiones aproximadas de 18 metros cuadrados.

4.8 Procedimientos

a) Contactar con los directivos de la clínica, una vez hecho el primer contacto por vía telefónica, se estableció una cita en persona para explicar de manera más detallada en qué consiste la investigación a realizar. Así como ajustar detalles de lugar, fechas y horarios a establecer. Inmediatamente después de ello; una vez otorgado el consentimiento, se procedió a realizar el *pretest*.

b) *Pretest*. Se realizó en el salón de usos múltiples. Una vez llegada la muestra, se procedió a explicar en qué consistía el trabajo a realizar de manera general. Posteriormente se pidió su colaboración para realizar las pruebas que componen el *pretest*. Explicando que, debido al número de pruebas, podían hacer pausas para ir al baño o tomar algo, preguntar si no entendían a los reactivos; y, sobre todo, aclarando que no existían las respuestas buenas ni malas, sino que sólo se requerían los datos para obtener un parámetro actual y cotejar el resultado del trabajo a realizar.

Se acordó con las autoridades, asistir los días en que los pacientes tuvieran consulta, por motivos prácticos. Sin embargo, fue dada la apertura para acordar con la muestra indicada; de manera directa, las fechas definitivas. Debido a que las fechas quedaban muy separadas, se plantea con los pacientes, acordando con ellos asistir los días martes a las 10 de la mañana. Finalmente, se dio informe a las autoridades correspondientes en la clínica, obteniendo la aprobación y apoyo esperados.

c) Plan de trabajo, se realizó para cada una de las sesiones del taller, así como para la aplicación del *postest*. El taller (Anexo 4), consistió en 7 sesiones de dos horas cada una. Las cuáles a su vez se apoyaron en diferentes dinámicas grupales, así como dinámicas vivenciales y actividades individuales, las cuales iban dirigidas a desarrollar autoestima, para potenciar el afrontamiento al estrés. Para continuar detallando cada una de las acciones desglosadas por sesión, es necesario mencionar que, con el objetivo de tener la mayor claridad al hacer alusión a dichas sesiones, fue conveniente delimitarlas asignando un número de anexo a cada una.

El objetivo general del taller consistió en: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria, mismo que se trabajará durante todas las sesiones.

Así pues, durante la sesión número 1 (Anexo 5), se trabajó con el objetivo específico uno; que pretende generar confianza y respeto, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo. Para lograr este objetivo fue necesario hacer dos actividades. La primera actividad fue realizar un reglamento utilizando la dinámica “lluvia de ideas”, mismo que realizaron con base en las pautas

de comportamiento deseables en ellos y los demás, comprometiéndose finalmente con las normativas y también con el espacio. Esto no solo permitió orden, sino que también fue un preámbulo hacia la cohesión, pues requirieron estar todos de acuerdo para el establecimiento de cada norma, quedaron enmarcados con los mismos preceptos comportamentales, además de saberse con características en común.

La segunda actividad fue que los participantes se presentaran creando un clima de confianza y cordialidad. Durante esta dinámica de presentación cada persona fue mencionando su nombre, edad y qué esperaba del taller. Al finalizar el turno, cada uno elegía quién seguía, con ello se generaba contacto visual y ruptura de hielo.

El segundo objetivo específico fue conocer y diferenciar, sus características primordiales ya sean consideradas como habilidades o debilidades por ellos mismos. Su objetivo específico fue que los participantes introspeccionaran para encontrar sus principales características y pudieran tomar conciencia de cuánto se conocen a sí mismos, así como las ventajas de el autoconocimiento.

Para realizar la dinámica con que se pretende alcanzar dichos objetivos, se dio la instrucción de hacer parejas, posterior a esto se les otorgó una hoja de papel y se les solicitó que hicieran una lista de preguntas con base en la consigna ¿Qué necesito saber de ti, para sentir que te conozco bien? Al finalizar dicha lista, se les informó que serían ellas quienes deberían contestarlas, primero para sí mismas y posteriormente compartir la información con su compañera. A manera de cierre se pide que comenten cómo se sintieron, qué aprendieron y cómo piensan que conocerse a sí mismos puede ayudarles en la vida diaria. Durante esta parte de la sesión se retroalimentó la participación afirmando y aclarando la importancia denotada con que cuenta el autoconocimiento.

La sesión número 2 (Anexo 6), continuó fomentando los objetivos específicos uno y dos para el primero, se realiza una dinámica de ruptura de hielo en la cual se prepare a los participantes para integrarse como grupo, así como para la libre expresión de sentimientos, emociones e ideas; para dicha dinámica se dio la instrucción de que requerían estar en absoluto silencio y consistió en integrar una fila en orden de fecha de nacimiento. Esto genera contacto visual, fomenta trabajo en equipo, por lo que ayuda a integrar al grupo dirigiéndose hacia el cumplimiento de una meta, de igual manera se

puede generar confianza y apertura debido a que los participantes ocupan otra forma de comunicación que generalmente no usan.

Para coadyuvar a la realización del objetivo específico dos y a su vez el tres, mismo que consiste en descubrir que cada acontecimiento, cualidad, actitud y aptitud, le permiten formar una identidad al diferenciarlos del resto. Se agrega un objetivo subespecífico, que consistió en que los participantes descubran que el conjunto de características que han plasmado es el que les forma una identidad única.

En la dinámica se pidió al grupo que realizaran un dibujo de sí mismos en el anverso y reverso de la hoja, en donde agregaran las características con las que más se identifiquen de un lado, y del otro, aquellas que a pesar de pertenecerles sientan más distantes de quienes realmente son. Posteriormente se les solicita que observen la hoja por ambos lados mientras se finaliza mencionando que lo que ven es lo que son, además de comentarles que precisamente eso es lo que los hace únicos e irrepetibles. A manera de cierre se pidió la opinión de los participantes acerca de la sesión, así como la mención de lo que aprendieron y como les sirve en la vida.

Durante la sesión número 3 (Anexo 7), se trabaja para llevar a cabo el objetivo uno y cuatro. Así pues, en lo que respecta al objetivo uno, se pretende contribuir en su incremento y cumplimiento a través de la dinámica: “La pelota preguntona” añadiendo al nombre de cada participante al presentarse, la mención de qué es lo que más les agrada y qué es lo que menos les agrada de sí mismos y por qué.

Acerca del objetivo cuatro que consiste en, construir un diagrama de los hábitos de vida con que cuentan, y con ello, conocen más acerca de sus actitudes y comportamiento para con ellos mismos. Se pretende apoyar en su ejecución a partir de la dinámica: “el queso de segundo” en la cual se pidió a los pacientes que dividan un círculo en 8 pedazos, posteriormente que asignen a cada pedazo una actividad con un valor del 1 a 3. Esto se realiza dos veces, el queso real y el queso ideal.

Dicha dinámica permitió que los pacientes se hicieran conscientes del tiempo que dan a sus hábitos de vida comunes y la actitud que les hace mantenerlos, se hizo la pregunta: ¿Mis hábitos me llevan a dónde realmente quiero llegar? ¿Se parecen el queso real y el ideal? Para finalizar la sesión, se pide a los pacientes que mencionen

qué aprendieron en el día y cómo se van en cuanto a emotividad y motivación. Durante la retroalimentación se enfatiza en la importancia que tiene darse cuenta y en que aún es tiempo de cambiar la inversión de su vida.

Siguiendo esta misma línea, durante la sesión número 4 (Anexo 8) esta sesión se comenzó de manera diferente, ya que se solicitó a los participantes que mencionen los avances que han notado hasta el momento en sus vidas, que piensen que ha provocado el taller, e incluso cambios que haya notado la gente que le rodea. Dentro de las respuestas se encontraron que se sienten o los ven felices, activos y hablan más.

De igual manera en esta misma sesión se trabajó con el objetivo específico número cinco, para lo cual se llevó a cabo la dinámica de “Las estatuas” en la que se pidió a los participantes que formaran parejas. Ya que estuvieron conformados, se dio la indicación de que van a realizar una estatua con la ayuda de su compañero.

La primera estatua fue titulada: “Tengo Diabetes”, se mencionó a los participantes que modelen al compañero de tal forma que exprese cómo se sintieron el día en que les diagnosticaron, cómo fue el proceso de aceptación o afrontamiento e incluso qué pensaron.

“Vivo con Diabetes” fue el título de la segunda, en esta expresaron cómo viven y han vivido con esta condición física, cómo se sienten actualmente con respecto a ella, qué piensan y cómo la afrontan.

Posteriormente se solicitó a los pacientes que intercambiaran lugares y ahora quien fungió como estatua, sería el modelador. Después se retroalimentó, preguntándoles cómo se sintieron en los dos momentos siendo estatua y modelando, cuál fue su experiencia, si hubo alguna que les costó más trabajo y por qué.

Para finalizar, se pidió a los pacientes mencionen qué aprendieron y cómo se van. En esta sesión fue notorio el cambio de estado de ánimo al darse cuenta que aquello que les dio tanto miedo por ser desconocido, ahora es una condición con la que viven y conviven, esto minimizó el valor sobreestimado que habían dado a la enfermedad incluso rebasando su propia autoimagen y autoeficacia. Puesto que durante la retroalimentación se mencionan emociones positivas, la tarea es conservar la emocionalidad para la siguiente sesión.

En lo referente a la sesión número 5 (Anexo 9), para obedecer al quinto objetivo que pretende analizar las experiencias de vida como una forma de crecer y aprender. Se dio inicio indagando acerca de cómo han estado en la última semana, además de dar un breve repaso de lo que se ha realizado. Posteriormente se hizo reflexión acerca de la dinámica de las estatuas, ahora con el objetivo de identificar las cosas positivas que les ha dejado cada situación, como crecimiento personal y que en su momento no se dieron cuenta.

Posteriormente se realizó una fantasía dirigida con base en el ejercicio Gestalt: “Diálogo con el síntoma” denominado “Diálogo con la Diabetes”. Este ejercicio tuvo el propósito, que el paciente descubriera qué es lo que quiere decir la enfermedad en sus vidas, para qué se encuentra en ellos, qué es lo que quiere decirles, incluso cómo se ve y qué les ayuda a evitar. Esto permitió a los pacientes verse de frente a la enfermedad y descubrir el significado de dicha enfermedad como acontecimiento en sus vidas.

Para finalizar esta sesión los pacientes comentaron qué descubrieron, qué aprendieron y cómo se sienten en el momento antes de irse a casa. La tarea para la siguiente sesión fue realizar un cambio físico, que refleje un cambio realizado con la ayuda del taller.

En lo que respecta a la sesión número 6 (Anexo10), comenzó con la revisión de la tarea encargada y retroalimentación de la misma. En cuanto a la concreción de objetivos se trabajó el sexto, que consiste en adaptar sus metas como respuesta a sus necesidades y con ello se genera autorrespeto. Para lo cual primeramente se explicó el experimento de psicología social realizado por la universidad de palo alto, llamado Teoría de las ventanas rotas de Zimbardo, realizado en 1969, que consiste en la supervisión de dos coches idénticos durante dos momentos, en un barrio con pobreza y delincuencia y en un barrio de personas con alta educación y salario, ambos coches abandonados por semanas (Argandoña, 2004).

El resultado del primer momento fue que el auto abandonado en el barrio con pobreza, fue vandalizado y perdió todo lo aprovechable en pocas horas. Mientras que el auto abandonado en el sitio con alta educación y salario, se mantuvo intacto. El

segundo momento, tuvo lugar a partir de haber roto una ventana del auto en el lugar catalogado como de alto nivel social y tranquilo; posterior a esto, se desató de igual forma la delincuencia en este sector, al punto de reducir el automóvil a las mismas circunstancias que en la otra zona.

Tomando el experimento de la Universidad de Palo Alto como base, se habla acerca de la importancia del autocuidado y sus implicaciones; además de homologar el término autocuidado con el autorrespeto, añadiendo que el autorrespeto implica responderse, es decir, ser responsables con sus propias necesidades. Para concretar se solicita que escriban cinco oraciones de compromiso que impliquen autocuidado, evitando las palabras tengo o debo. Al terminar, en parejas afirman y declaran sus compromisos diciéndoselos.

La segunda dinámica basada en “el árbol” consistió en la realización de un dibujo de un árbol, donde los participantes categorizaron sus características como herramientas, colocándolas dentro del árbol en las raíces. Posteriormente en el tronco se pide que detecten sus necesidades y las plasmen. En las ramas, escribieron algunas metas como respuesta a las necesidades antes ya escritas.

Después se realizó retroalimentación en cuanto a la facilidad con que se realizaron las dinámicas. Por último, la tarea fue llevar a cabo o iniciar los compromisos de autocuidado planteados y acudir en la próxima sesión con el dibujo de su árbol.

La sesión número 7 (Anexo 11), tuvo como objetivo que cada persona planificara en tiempo el cumplimiento de cada una de sus metas. Para iniciar la sesión se realizó una revisión de la tarea encargada, de la misma forma en que se comenta cómo les fue, si les costó trabajo y a qué se debe.

Como primera dinámica se realiza una fantasía dirigida, con el objetivo de convertir la enfermedad Diabetes Mellitus 2 en un objeto de su vida cotidiana y que ellos sientan que dominan. La segunda actividad es el término de la dinámica “el árbol” donde los participantes pondrán fecha de realización a cada una de las metas que escribieron. Posteriormente se realizó un círculo, en el cual se invita a cada uno a despedirse del grupo y del taller. Después de esto, se hizo una pausa de 30 minutos y se procedió a aplicar la posprueba.

Continuando con el relato del proceso realizado, posteriormente se calificaron cada una de las pruebas y se ordenaron los datos tanto de autoestima como de afrontamiento al estrés, con ayuda del programa *Microsoft Office Excel*. De tal manera que, con base en los resultados obtenidos, se pudiera realizar el siguiente procedimiento; que consistió en identificar el tipo de correlación existente entre las dos variables.

Por lo tanto, con base en lo anterior para la realización de este estudio se utilizó la estadística descriptiva para la medición; recolección, orden y clasificación de los datos obtenidos, así como la estadística inferencial con ayuda de la cual fue posible hacer el cálculo de probabilidades, la descripción y comparación de dichos datos (Borrego del Pino, 2008).

Este procedimiento se lleva a cabo por medio de la correlación de *Pearson*, uno de los coeficientes más utilizados para medir éste tipo de relación entre dos variables. El coeficiente puede arrojar valores entre +1 y -1, el primero se refiere a una correlación positiva perfecta y el segundo a una correlación negativa perfecta (Briones, 2003). La fórmula que corresponde a esta correlación es empleada de igual forma, a través de *Microsoft Excel 2010*. A continuación, se muestra en qué consiste la misma:

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

En lo que respecta a la notación de la fórmula, el símbolo “r” será el coeficiente de correlación, n el número de casos, X y Y son las variables manejadas a lo largo de esta investigación y el símbolo \sum significa que implica una sumatoria. El resultado o coeficiente puede ser nombrado correlación positiva, cuando una variable aumenta y la otra también (1); correlación negativa cuando una variable aumenta y la otra disminuye (-1); o sin correlación, cuando no hay una relación aparente entre las variables.

Sin embargo, es importante mencionar que la correlación positiva perfecta es difícil de obtener en psicología, dado los fenómenos humanos suelen estar cargados de

componentes aleatorios. De hecho, dicha correlación, sucede cuando la conexión que guardan las variables es funcionalmente exacta y se ajusta a leyes, como es el caso de las ciencias físicas, esto según la investigación acerca del coeficiente de correlación que hace Morales (2011).

Es imprescindible, de igual manera comentar que la correlación no implica causalidad, sólo nos muestra que entre dos variables hay una estrecha relación y de qué tipo. Para probar la causalidad habría que poder excluir las demás variables, lo cual resulta irrealizable. Pues existen variables extrañas de tipo personal, circunstancial (que involucran tiempo y lugar) e incluso del mismo test; esto último, porque un instrumento evalúa lo que somos capaces de medir, sin embargo, puede involucrar una realidad más compleja (Morales, 2011).

Con base en este mismo autor, es oportuno mencionar que, debido al número de casos existentes, no se tiene un alcance estadístico del 100%. El nivel de confianza será de 5% menos. Por lo tanto, existe el 95% de probabilidad de acertar al afirmar una relación entre las variables.

Por último, con los datos arrojados, tanto de los instrumentos como los coeficientes de correlación resultantes, se hizo una comparación y análisis de los resultados, con base en los cuales se llegará a conclusiones y recomendaciones. Todo esto se especificará en los próximos apartados, con ayuda de tablas; realizadas con el mismo programa antes mencionado, que harán más sencilla la pormenorización.

RESULTADOS

A lo largo de este capítulo se mostrarán los resultados obtenidos en el *pretest* y el *postest*. Todo esto con base en tablas, que mejoren la comprensión y entendimiento de los datos obtenidos, así como la correlación existente entre los mismos.

La muestra estuvo conformada por cuatro sujetos del sexo femenino, pertenecientes al municipio de Cuitláhuac, Veracruz. En la Tabla 4, se reflejan algunas de las características sociodemográficas de la muestra, así como el tiempo que cada paciente lleva con la enfermedad, lo cual resulta de importancia en la investigación.

Durante la presentación de los resultados a través de tablas, se respetará el orden de los sujetos, por lo que se les denominará con el número correspondiente.

Tabla 4
Características de la muestra

Sujetos	Sexo	Edad	Estado civil	Tiempo con DM-2
1	Femenino	49 años	Casada	14 años
2	Femenino	49 años	Casada	5 meses
3	Femenino	50 años	Casada	13 años
4	Femenino	53 años	Casada	15 años

Como se puede observar la muestra consta de cuatro mujeres de entre 49 y 53 años que en su mayoría han pasado más de diez años teniendo DM-2. Una vez que se ha presentado de manera general a la población, es pertinente mostrar los resultados del *pretest* y el *postest* (en este mismo orden), de cada una de las variables con los respectivos instrumentos utilizados, con la finalidad de colaborar en la comparación de los datos arrojados en ambas instancias o momentos de la investigación, debido a que en esto consiste el diseño de la misma.

En lo que respecta a la variable independiente autoestima, medida con el “Instrumento Medición del nivel de Autoestima”, realizado por Dale Meléndez (2011). En la Tabla 5, se muestran los resultados obtenidos tras dicha evaluación, la cual se realizó antes de la impartición del taller para desarrollo de autoestima (*pretest*).

Tabla 5
Medición de Autoestima en pretest

Sujetos	Autoestima	Nivel
1	115	Buena
2	103	Buena
3	122	Buena
4	116	Buena
Total	456	

Con base en la clasificación perteneciente al instrumento de Autoestima de Dale Meléndez (2011), donde esta variable puede ser categorizada como alta, buena, media o baja. Las participantes cuentan con Autoestima buena resultante del *pretest*, con una puntuación entre 101 y 130.

Para cotejar la información, como ya se había planteado con anterioridad, se presenta la Tabla 6, en la cual podremos observar que hubo un incremento en los valores de la variable autoestima, como era esperado. Los siguientes datos, pertenecen a la evaluación realizada, posterior al taller de Autoestima “Amar es cuidar”.

Tabla 6
Medición de Autoestima en postest

Sujetos	Autoestima	Nivel
1	116	Buena
2	109	Buena
3	119	Buena
4	141	Alta
Total	485	

Como puede observarse, el índice general de autoestima presenta un incremento, que permite que se diferencie significativamente del obtenido en el *pretest*.

Por su parte, la variable dependiente de esta investigación se denomina afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad, misma que, cabe mencionar, fue medida a través de dos diferentes instrumentos debido a su naturaleza. Como ya se había mencionado consta de dos grandes apartados, que podríamos generalizar nombrándolos afrontamiento mental o afrontamiento al estrés y afrontamiento conductual o hacia la enfermedad; este último, medido con base en las respuestas o conductas.

El Afrontamiento Mental fue medido con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, los resultados se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7
Valores de Afrontamiento Mental en pretest

Sujeto	Valores de Afrontamiento (puntos)
1	76
2	78
3	113
4	82
Total	349

Los resultados de la medición, muestran los valores de afrontamiento (mental) al estrés con relación a la enfermedad Diabetes Mellitus 2 que presentan los asistentes al taller para desarrollo de autoestima. Dicho en otras palabras, se muestra con números la proporción o frecuencia en que las personas inmiscuidas en la investigación recurren a estrategias de afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad antes mencionada.

Ahora bien, es pertinente continuar con la presentación de los datos que corresponden a dicha variable. Por lo cual, se prosigue dando a conocer la tabla número 8, misma que contiene ordenados los valores de la variable afrontamiento (al estrés) mental, resultantes de la medición llevada a cabo con el mismo instrumento Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Es pertinente recordar que, la evaluación se realizó una vez finalizado el taller para desarrollo de autoestima, por lo cual a dicha valoración se le denomina *postest*.

Tabla 8
Valores de Afrontamiento Mental en postest

Sujeto	Valores de Afrontamiento (puntos)
1	75
2	64
3	82
4	91
Total	312

Con base en los resultados mostrados en la Tabla 8, se observa que los indicadores de afrontamiento al estrés (o afrontamiento mental) descendieron, por lo

cual, debido a que el instrumento está diseñado para arrojar la frecuencia del uso de estrategias de afrontamiento, se puede concluir dejó de ser necesario recurrir con la misma regularidad al empleo de estrategias de afrontamiento ante el estrés, provocado por la enfermedad Diabetes Mellitus 2. Lo que corresponde a la disminución de estrés, que puede obedecer al cambio en la manera de percibir la enfermedad y a sí mismo.

A continuación, en la Tabla 9 se presentarán los datos arrojados durante la evaluación *pretest*, acerca del Afrontamiento Conductual, a fin de digerir la complejidad del término. Para dicha evaluación se utilizó el instrumento (IMEVID) Instrumento para medir el estilo de vida de pacientes que cursan Diabetes Mellitus 2, debido a que dicho instrumento mide la frecuencia del uso de respuestas de acción directa al estresor (Afrontamiento Conductual), para este caso DM-2.

Tabla 9

Valores de Afrontamiento Conductual en pretest

Sujetos	IMEVID
1	62
2	66
3	54
4	64
Total	246

Para realizar la comparación adecuada, se prosigue presentando en la Tabla 10 los datos correspondientes a la segunda medición (*postest*), realizada después de haber finalizado el taller impartido.

Tabla 10

Valores de Afrontamiento Conductual en postest

Sujetos	IMEVID
1	58
2	78
3	68
4	78
Total	282

Con base en ambas tablas, se observa un incremento en los valores, mismos que corresponden a la frecuencia de realización de respuestas adaptativas, de afrontamiento

al estrés provocado por la enfermedad Diabetes Mellitus 2. Dicho en otras palabras, el Afrontamiento conductual o hacia la enfermedad, aumentó.

Ahora bien, como corresponde al estudio, se realizó el coeficiente de correlación de *Pearson*, con base en los valores de autoestima y de afrontamiento (mental) al estrés causado por la enfermedad DM-2 producto de la medición *pretest*. El resultado se puede observar en la Tabla 11.

Tabla 11
Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Mental en pretest

Persona	Autoestima	Afrontamiento
1	115	76
2	103	78
3	122	113
4	116	82
Correlación de Pearson: 0.690		

Como se observa, la correlación entre las variables autoestima y afrontamiento al estrés, antes de la manipulación de alguna de las variables existe puesto que el valor es diferente de cero, es positivo y significativo ya que se acerca al uno. Cabe recordar, que este afrontamiento se denominó mental con fines de practicidad durante la presente investigación y consiste en el uso de diversas estrategias utilizadas por el paciente, con la finalidad de reducir el estrés, dichas estrategias corresponden a un estilo cognitivo individual.

Con base en el nivel de confianza que asegura el coeficiente de correlación de *Pearson*, ya planteado con anterioridad; se puede inferir entonces con un 95 % de probabilidad, que la correlación existente entre autoestima y afrontamiento mental en personas del sexo femenino, de entre 49 y 53 años, pertenecientes a provincia, resulta positiva, sin haber manipulado ninguna de las variables puesto que corresponde a los valores arrojados en el *pretest*.

Siguiendo con la presentación de los resultados, a continuación, se muestra la correlación existente entre Autoestima y Afrontamiento Mental al Estrés causado por enfermedad, con base en los resultados obtenidos durante el *postest*. Es decir, después de la manipulación de la variable autoestima a través de un taller, para observar si es

que existe una modificación en la correlación antes observada y cuál es la naturaleza de la misma, se presentan dichos resultados en la Tabla 12.

Tabla 12

Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Mental en postest

Persona	Autoestima	Afrontamiento
1	116	75
2	109	64
3	119	82
4	141	91
Correlación de Pearson: 0.920		

Los resultados obtenidos después de impartido el taller de autoestima, con respecto al coeficiente de correlación existente, determinaron que dicha correlación fue de tipo positiva, es decir, que el incremento de una de las variables, implica el mismo comportamiento también por parte de la otra. Dicha correlación se afianzó al terminar el taller, aproximándose al 1 que indicaría la correlación positiva perfecta.

Con este comportamiento de valores, se demuestra la peculiaridad de la medición, misma que indica que el menor uso de estrategias de afrontamiento, corresponde a la disminución del estrés, debido a que resulta innecesario ocupar estrategias si el estrés no existe.

La inferencia que se puede realizar, para este caso es: existe un 95% de probabilidad de que la correlación existente entre autoestima y afrontamiento mental en personas del sexo femenino, de entre 49 y 53 años, pertenecientes a provincia resulte positiva y además aumente después del desarrollo de autoestima a través de un taller. Esto según la investigación realizada por Morales en 2011, citada en la presente investigación en el apartado de procedimientos (p. 82).

A continuación, con ayuda de la Tabla 13, se muestran los datos con base en los cuales se obtiene el coeficiente de correlación de Pearson, que determina el tipo de relación existente entre la autoestima y el afrontamiento conductual, mismo que cabe recordar se refiere al uso de respuestas de afrontamiento de acción directa al estresor, en este caso la enfermedad DM-2. Dicha tabla es derivada de la medición *pretest*, es

decir, resultante de la evaluación realizada en el momento previo de haber sido implementado el taller para desarrollo de autoestima.

Tabla 13

Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Conductual en pretest

Sujetos	IMEVID	Autoestima
1	62	115
2	66	122
3	54	116
4	64	103
Correlación de Pearson: 0.860		

Los resultados expresan que la correlación existente entre las respuestas de afrontamiento y la autoestima, resulta ser de tipo positiva, es decir, cercana a la correlación positiva perfecta; que es el entero positivo 1. Con base en lo cual, se concluye que el aumento de la variable autoestima, conlleva un incremento en lo correspondiente a la variable Afrontamiento Conductual, lo que implica, por parte de los usuarios la implementación de respuestas de acción directa hacia el estresor (factor que desencadena el estrés); entendido para este caso, como la enfermedad crónica degenerativa Diabetes Mellitus 2.

En lo que respecta a la inferencia que nos permite la confiabilidad del coeficiente de correlación de Pearson, dados los resultados cuantificados observados se concluye que: Existe un 95% de probabilidad de que la correlación entre las variables autoestima y afrontamiento al estrés de tipo conductual, en personas del sexo femenino, de entre 49 y 53 años, pertenecientes a provincia, resulte positiva.

Finalmente tiene lugar la Tabla número 14, en la cual se presentan los resultados obtenidos de estas dos mismas variables, llamadas autoestima y afrontamiento de tipo conductual. Cabe mencionar que este tipo de afrontamiento refleja su acción directa hacia enfermedad DM-2, con base en respuestas adaptativas o conductas que implican adherencia o apego al tratamiento asignado. No obstante, la siguiente tabla fue realizada con base en los valores arrojados durante la evaluación *postest* previamente mencionada.

Tabla 14

Correlación entre Autoestima y Afrontamiento Conductual en postest

Sujetos	IMEVID	Autoestima
1	58	116
2	78	119
3	68	141
4	78	109
Correlación de Pearson: -0.686		

Como puede observarse, la correlación se modifica de manera significativa; debido a que en el primer momento de la investigación resultaba positiva, sin embargo, en esta segunda evaluación se identifica como una correlación negativa. Dicho en otras palabras, durante el *postest* el aumento de una de las variables implica la disminución de la otra.

Con base en la tabla anterior, se observa que las personas número uno y dos presentan una correlación negativa (mientras una variable crece, la otra disminuye), en lo que respecta a autoestima y afrontamiento conductual a la enfermedad. Mientras que las personas 3 y 4 presentan una correlación positiva.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se considera importante hacer mención de que aún son muy pocas las investigaciones que integran el afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad. Así mismo, la postura a través de la cual se propone una categorización de los estilos o estrategias de afrontamiento abarcadas en afrontamiento mental o cognitivo hacia el estrés; y por otra parte las respuestas de afrontamiento, englobadas en el afrontamiento conductual (a la enfermedad), es una diferenciación que surge a partir de la investigación pormenorizada de dicha variable durante el presente trabajo y se propone a través del mismo.

Este hallazgo permite conocer el panorama existente del afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad Diabetes Mellitus 2; y a su vez, que afrontar la enfermedad implica un mayor grado de apego al tratamiento. Sin embargo, probablemente pueda extenderse a enfermedades crónicas y crónicas degenerativas, mismas que requieren de un tratamiento que implica cambios en el estilo de vida de las personas, debido a que el tratamiento se prolonga a lo largo de su vida.

En esta misma línea teórica, en cuanto a la indagación correspondiente a la variable autoestima, se considera también un aporte el haber aunado las teorías existentes. Así pues, a partir de dichas teorías se realizó una sola postura, que asigna un lugar a las dimensiones, componentes y niveles que se considera involucra dicha variable.

Por otro lado, en lo que respecta al significado de los datos, se estima contundente, por lo que se logra demostrar que la adherencia al tratamiento; involucrada durante este trabajo como afrontamiento conductual (hacia la enfermedad), se puede lograr con el apoyo adecuado. Inmiscuyendo así a cualquier enfermedad que involucra un contexto y un individuo, que precisa ser visto desde una óptica integral.

Como bien se ha mencionado, en el capítulo que se refiere a la autoestima dentro del marco teórico, el ser humano es un ser social. Esta característica, ha sido utilizada como un factor coadyuvante en el tratamiento que se da a algunos pacientes con enfermedades crónicas, (también mencionado en el capítulo 1.2.4 Implicaciones

de la Diabetes Mellitus 2 en el ámbito social). En varias ocasiones este tratamiento ha dado resultados favorables, por lo que muy probablemente, el taller para desarrollo de autoestima diseñado e implementado en pacientes con Diabetes Mellitus, influyó favorablemente en los niveles de esta variable, así como también, en el afrontamiento al estrés (afrontamiento mental) y el afrontamiento de la enfermedad (afrontamiento conductual).

Por otro lado, pese a que no existe aún un instrumento que valore numéricamente las creencias respecto de la enfermedad. Se puede inferir y demostrar que la modificación inevitable (que depende de experiencias y estímulos), referente a la representación mental que guarda el individuo acerca de sí mismo, así como de la Diabetes Mellitus 2 realizado a través del taller, genera un cambio de significados y creencias acerca de sí mismos y de la enfermedad, otorgando al sujeto un mayor grado de autoestima, afrontamiento al estrés y de afrontamiento a la enfermedad, implicando este último mayor frecuencia en el desempeño de conductas de apego al tratamiento.

Con el sustento antes mencionado y los datos arrojados, se verifica la hipótesis planteada al inicio de este trabajo de investigación, la cual se expresa de la siguiente manera: El desarrollo de autoestima a través de un taller de autoestima, potencia el afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad Diabetes Mellitus 2. Es decir, a mayor autoestima, el sujeto responderá con un mayor grado de afrontamiento hacia el estrés que provoca la enfermedad.

En lo que respecta a los objetivos planteados con anterioridad, es conveniente mencionar, que se cumplen en el orden y contenido de cada uno, tanto el objetivo general como los objetivos específicos. Para llevar a cabo la investigación, fue necesario: Implementar un taller de autoestima con el fin de fortalecer el afrontamiento de la enfermedad Diabetes Mellitus 2 (como establece el objetivo general).

Posteriormente fue también indispensable (como plantean los objetivos específicos), identificar el nivel de autoestima y afrontamiento de la enfermedad DM-2 con que cuentan los pacientes antes de la intervención, con base en una batería de pruebas. Después de ello, se clasificó la información obtenida en *Microsoft Excel*, para que resultara más sencillo el análisis de estos datos.

Así mismo, después de esto fue necesario diseñar un taller para desarrollar Autoestima, tomando en cuenta las características de la muestra. Una vez realizado se procede a la aplicación de dicho taller a la muestra indicada. Enseguida se identificaron nuevamente los niveles de Autoestima y afrontamiento al estrés provocado por la enfermedad.

Gracias a lo anterior, fue posible comparar los resultados y realizar las inferencias que permite el coeficiente de correlación de *Pearson*. Mismas que se consideran valiosas y trascendentes en la iniciación de un nuevo margen de investigación.

Para concluir con el campo del análisis de datos, resulta importante mencionar un elemento que forma parte de la esencia del presente trabajo como lo es la experiencia. Dicho en otras palabras, aquellas riquezas que permitió la realización del proceso a través del cual se concreta dicho trabajo investigativo.

Desde el comienzo, plantear la idea de realizar este estudio fue difícil debido a que la variable afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad, es prácticamente nueva. Y es aún más, cuando se trata de la relación existente entre afrontamiento y autoestima. Es por tal motivo que resultó significativo el proceso de ardua búsqueda de información al respecto.

En cuanto a la estructuración del taller, se considera que significó un reto desde la distancia y el lugar localizado que brindó su apoyo, ya que el trayecto se llevaba a cabo en el interior de una mini van y consistía en dos horas. La población fue de un nivel social medio bajo, sector con el cual no se había trabajado anteriormente.

Sin embargo, la ejecución del taller fue una vivencia determinante dentro de mi vocación profesional. Gracias a lo cual, la distancia y el calor extremo no rompieron el ímpetu que provocaba la disposición de la gente que pese a encontrarse en poblados aledaños y a veces sin recursos económicos, caminaban hasta las instalaciones; así como la observación de los avances y cambios que se iban poco a poco reflejando, físicamente por ejemplo en el esmero en su arreglo personal y pérdida de peso.

Sin duda la mayor recompensa fue recibida el último día, al ser testigo de la vitalidad del grupo que plasmaba el agradecimiento y el cambio en sus actitudes. La

gente que culminó el taller era sonriente y responsable, asistían a todas sus demás consultas y se permitieron organizar un convivio en donde sólo hubo comida saludable.

Durante este convivio decidieron ponerse de acuerdo para realizar algunas veces actividad física juntas y otros días para compartir recetas y platicar. Con base en lo anterior, se determina que el acompañamiento durante un proceso de descubrimiento y cambio de estilo de vida, puede facilitar la concreción de las actividades. Pese a que no se puede asegurar que se hayan llevado a cabo dichas actividades en conjunto, se puede abrir paso a nuevas investigaciones que indaguen la correlación entre el trabajo grupal y el cumplimiento de compromisos de autocuidado.

RECOMENDACIONES

Como resultado de la investigación realizada, se puede concluir que el trabajo psicológico con pacientes que cursan Diabetes Mellitus 2 es bastante importante, al demostrar una correlación inédita de las variables autoestima y afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad DM-2. A través de esta correlación, se pueden derivar otras investigaciones posteriores; gracias a las cuales, se apoye a un mayor número de personas que cuentan con una visión disfuncional acerca de su realidad, con la enfermedad que les aqueje particularmente.

Otro factor relevante es, que debido al manejo llevado a cabo se puede ayudar en la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, se concluye que el presente trabajo permite apoyar no sólo el control sino también la prevención de consecuencias graves que conlleva la situación de vivir con Diabetes, cuando no se trata con el debido cuidado.

Debido a esto, se cree que es conveniente recomendar la implementación del trabajo psicológico en grupo, como parte del tratamiento integral de estos pacientes. Sin embargo, es conveniente puntualizar que el seguimiento con estos grupos, se debe llevar a cabo tratándoles como grupo de apoyo.

Es decir, fomentar un clima de confianza que permita a los pacientes sentirse cómodos y seguros, en un ambiente en que pueden no sólo aprender, sino también darse cuenta de sus propias zonas de oportunidad, y de las características que requieren llevar a cabo en su vida, e incluso aquellos pensamientos, ideas o características que es necesario suprimir, para realizar de manera eficaz el tratamiento. Estas bondades, son algunas de las que el trabajo en grupo permite, mediante el reflejo en el otro. Y la utilización del mismo resulta ser una fortaleza metodológica.

Dentro de este punto, conviene precisar que, durante la aplicación del taller, hubo una suspensión de actividades (semana santa), lo que redujo el tamaño de la muestra de manera significativa. Por lo que es recomendable realizar el trabajo sin suspensión de actividades, y así obtener mayor eficacia y menos deserción.

En lo que se refiere al diseño e implementación de un taller, para desarrollo de autoestima, también se recomienda que se utilicen técnicas que profundicen en la

visualización del ser humano como un todo, como un ser integral. Debido a esto, en el taller que se llevó a cabo en este trabajo investigativo, se introdujeron técnicas no solo cognitivo - conductuales, sino también algunas otras (aunque minoritariamente), de tipo *Gestalt*. Lo cual, fue un acierto importante y por tanto se recomienda ampliamente en el tratamiento integral.

Esto entre otras cosas, se debe a que era conveniente definir el significado de la enfermedad a nivel inconsciente, pero también porque se requería identificar a la Diabetes Mellitus como un todo, y posteriormente como una parte dentro del todo, que es el ser humano. Mientras que las técnicas cognitivo – conductuales, permitieron la identificación de creencias limitantes e irracionales, además de también impulsar al individuo a la conducta responsable.

Por esta misma razón, se recomiendan ambas posturas teóricas, pues se considera de vital importancia en el manejo psicológico de la enfermedad. Sobre todo, debido a que los resultados avalan la credibilidad, y la separación por lo tanto puede resultar poco pertinente.

De una manera más idealista, pero apoyada en los resultados y en otras investigaciones tratadas anteriormente, se recomienda la implementación del trabajo psicológico y de salud colectiva como parte del tratamiento básico de las enfermedades crónicas y crónicas degenerativas en clínicas y hospitales. Aspirando con eso a un trabajo integral, pero sobre todo al bienestar de un mayor número de personas que eviten consecuencias aversivas que conlleva el descuido o falta de apego al tratamiento.

REFERENCIAS

Bibliográficas

- Amigo, Vázquez, I. (2014). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Beneit, P.J. y Latorre, J. M. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*, Argentina: Lumen.
- Bocanegra, A., Acosta, R.I., Bocanegra, V. y Flores, G. (2008). *Diabetes. Temas relevantes y trabajos de investigación*. México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Butler-Bowdon, T. (2007). *50 Clásicos de la Psicología*. Málaga, España: Sirio.
- Briones, G. (2003). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a Ed). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D. F.: Cenage Learning.
- Rodríguez, J. y Neipp, M.C. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- San Martín, H. (1992). *Salud y Enfermedad*. México, D. F.: La Prensa Médica Mexicana.

Medios electrónicos

Libros digitales

- André, C. (2008). *Prácticas de Autoestima*. Libro recuperado el 10 de diciembre de 2018, de: https://books.google.com.mx/books?id=vueDnrndt6cC&pg=PA166&dq=alfred+adler+y+autoestima&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjGnr_sgJbfAhUOR6wKHSO3DM4Q6AEIKTAA#v=onepage&q=alfred%20adler%20y%20autoestima&f=false
- André, C. (2009). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Libro recuperado el 3 de marzo de 2019, de: https://books.google.com.mx/books?id=FQ1Il6AdlLMC&pg=PA11&dq=define+autoestima+aestimare&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiq9MXr-v_hAhVIS6wKHbGXAzsQ6AEIKTAA#v=onepage&q=define%20autoestima%20aestimare&f=false
- Ato García, M. y Vallejo Seco, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Libro recuperado el 24 de noviembre de 2016, de: <https://books.google.com.mx/books?id=WHkFDAAAQBAJ&pg=PA417&dq=dise%C3%B1os+preexperimentales+cook+y+campbell&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwidrszJ0MDQAhWGQiYKHcvHD6IQ6AEIGTA>

- A#v=onepage&q=dise%C3%B1os%20preexperimentales%20cook%20y%20campbell&f=false
- Beck, J. (1995). *Teoría Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Libro recuperado el 03 de mayo de 2019, de: <https://books.google.com.mx/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=teor%C3%ADa+de+aaron+beck&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjgroTEiYDiAhVFRKwKHTGuAGIQ6AEIQDAE#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20de%20aaron%20beck&f=false>
- Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. (4ª Ed.). Ed. Masson. Libro recuperado el 27 de abril de 2019, de: https://books.google.com.mx/books?id=AZ2asmLocJ4C&pg=PA1&dq=historia+de+la+Diabetes&hl=es419&sa=X&ved=0CCwQ6AEwA2oVChMI2crg_ZGOxgIVFRWSCh31jwC8#v=onepage&q=historia%20de%20la%20Diabetes&f=true
- Hoffman, E. (2009). *Vida y enseñanzas del creador de la psicología humanista*. Libro digital, recuperado el 17 de agosto de 2015, de: https://books.google.com.mx/books?id=LvyymO4p-asC&printsec=frontcover&dq=a%C3%B1o+en+que+surge+la+teoria+de+las+motivaciones+de+abraham+maslow&hl=es-419&sa=X&ved=0CEIQ6AEwB2oVChMI66KV907EyAIVCYUNCh0HxQ_1#v=onepage&q=a%C3%B1o%20en%20que%20surge%20la%20teoria%20de%20las%20motivaciones%20de%20abraham%20maslow&f=false
- IDF (2015). International Diabetes Federation. *Atlas de la Diabetes de la FID*. (7ª. Ed). Libro recuperado el 10 de diciembre de 2018, de: https://www.fundacionDiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
- Martos, M., Pozo, C. y Alonso, E. (2010). *Enfermedades Crónicas y adherencia terapéutica*. Libro recuperado el 2 de Noviembre de 2018 desde: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=7Wz_TDkk1AAC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Haynes+y+Sackett++reg%C3%ADmenes+complicados+que+se+deben+llevar+a+cabo+por+largo+tiempo,+requieren+de+un+verdadero+cambio+conductual&ots=YByvsLJDTT&sig=6CEJRL0H-LgOaogMWOdQOdcFGd0#v=onepage&q=Haynes%20y%20Sackett%20%20reg%C3%ADmenes%20complicados%20que%20se%20deben%20llevar%20a%20cabo%20por%20largo%20tiempo%2C%20requieren%20de%20un%20verdadero%20cambio%20conductual&f=false
- Monbourquette, J. (2008). *La autoestima y cuidado del alma*. Libro recuperado el 3 de agosto de 2015, de: https://books.google.com.mx/books?id=6iQXkZtnmfsC&pg=PA17&dq=historia+de+la+autoestima+y+su+medici%C3%B3n&hl=es-419&sa=X&ved=0CCoQ6AEwA2oVChMI76OV3N-_xwIVjU6SCh0IUw6F#v=onepage&q=historia%20de%20la%20autoestima%20y%20su%20medici%C3%B3n&f=false
- Rodríguez, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1988). *Autoestima Clave del éxito personal*. (2ª Ed.). México: Manual Moderno. Recuperado el día 23 de agosto

- de 2015, de:
https://books.google.com.mx/books?id=cjgaCAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=mauro+rodriguez+estrada+autoestima&hl=es-419&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIlqKT0_arxwIVCFiSCh0N1AB1#v=onepage&q=mauro%20rodriguez%20estrada%20autoestima&f=false
- Tortora, G., Funke, B. y Case, C. (2007). *Introducción a la microbiología*. (9ª. Ed.) pp. 129-136. Libro recuperado el 1 de octubre de 2015, de:
https://books.google.com.mx/books?id=Nxb3iETuwpIC&pg=PA129&dq=ciclo+de+krebs&hl=es-419&sa=X&ei=EP-fVYS_CZCHyASapL7QAQ&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=ciclo%20de%20krebs&f=false
- Vidal, J. (2006). *Psiconeuroinmunología*. Libro recuperado el 8 de junio de 2019, de:
<https://books.google.com.mx/books?id=u1nUdBXYsa4C&pg=PA125&dq=modelo+biopsicosocial&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjivo6ektAhVBOK0KHbDhBvcQ6AEINTAC#v=onepage&q=modelo%20biopsicosocial&f=false>

Artículos científicos digitales

- American Diabetes Association, (2004). *Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus*. Artículo en Diabetes Care, vol. 27, no. suppl 1 s5-s10. Recuperado el 10 de octubre de 2015, de:
http://care.Diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s5.full#sec-2
- Alvarado, A., Guzmán E. y González, M. (2005). *¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad*. Artículo en Enseñanza e investigación en psicología vol. 10 n° 2. Recuperado desde:
<http://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Arango, G. B., Castaño, J. J., Giraldo, J. F., Morales, J., Viviana, C., Rivillas J. C., Tabares, D. M. y Valencia, M. L. (2007). *Relación entre hipertensión arterial y Diabetes Mellitus en población de hipertensos de una entidad de salud de primer nivel en Manizales*. Artículo recuperado el 2 de octubre de 2015, de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273820361007.pdf>
- Argandoña, A., (2004). La teoría de las ventanas rotas. Periódico El país Cataluña. Artículo recuperado el 6 de mayo de 2019 desde:
https://elpais.com/diario/2004/10/18/catalunya/1098061644_850215.html
- Borrego del pino, S., (2008). Estadística descriptiva e inferencial. Revista innovación y experiencias educativas. Artículo recuperado el 6 de mayo de 2019 desde:
https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_13/SILVIA_BORREGO_2.pdf
- CAIPaDI (2015). *Depresión y ansiedad en Diabetes: momento para una evaluación*. Boletín CAIPaDi (Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes). Documento recuperado el 10 de octubre de 2015, de:
<http://innsz.mx/documentos/centroDiabetes/Boletin%20CAIPaDiJulio2015.pdf>

- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Artículo recuperado el 5 de septiembre de 2015 desde: [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
- Castañó, F. y León, B. (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. Revista International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Artículo recuperado el 11 de junio de 2019 desde: https://www.researchgate.net/publication/237036358_Estrategias_de_afrontamiento_del_estres_y_estilos_de_conducta_interpersonal
- Castillo Barcias, J. A. (2015). *Fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2 (DM-2)*. Documento recuperado el 30 de septiembre desde: http://www.endocrino.org.co/files/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf
- Department of health and human services USA, (2008). *Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus*. Artículo recuperado el 30 de septiembre de 2015, de: <http://www.cdc.gov/Diabetes/pdfs/newsroom/diagnosis-and-classification-of-Diabetes-Mellitus.pdf>
- Eagly, A. y Chaiken, S. (2005). *Investigaciones en actitudes en el siglo XXI: El estado del arte*. Recuperado el 30 de septiembre de 2015, de: <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/investigaciones-en-actitudes-en-el-siglo-xxi-el-estado-del-arte-1eagly-y-chaiken-2005.pdf>
- Felipe, C., E., y León del Barco, B. (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 10, núm. 2, junio de 2010, pp. 245-257. Universidad de Almería, España. Artículo recuperado el 28 de septiembre de 2015, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
- García Alba, J. (2005). *Mala nutrición en el embarazo = a Diabetes tipo 2*. Artículo publicado en Diabetes Bienestar y Salud. Recuperado el 3 de octubre de 2015, de: <http://www.Diabetesbienestarysalud.com/2011/01/mala-nutricion-en-el-embarazo-igual-a-Diabetes-tipo-2/>
- González, E., Pascual, I., Laclaustra, M. y Casanovas, J. A. (2005). *Síndrome metabólico y Diabetes Mellitus*. Artículo en Revista española de cardiología, vol. 5, núm. 10.1157/13083446. Recuperado el 1 de octubre de 2015, de: <http://www.revespcardiol.org/es/sindrome-metabolico-Diabetes-Mellitus/articulo/13083446/>
- Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) y Facultad de Salud Pública y Administración (UPCH). (2004). *El precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas que viven con endocrinopatías*. Revista Cubana de Endocrinología. Vol. 15, núm. 3. Recuperado el 1 de agosto de 2015, de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol15_3_04/end04304.htm
- Jiménez, M. I. y Dávila, M. (2007). *PsicoDiabetes*. Artículo en Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 25, no. 1. Recuperado el 2 de octubre de 2015, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012
- Lara, A., Aroch, A., Jiménez, R.A., Arceo, M. y Velázquez, O. (2004). *Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de Diabetes e hipertensión arterial*.

- Archivos de Cardiología, vol. 74, núm. 4. Artículo recuperado el 3 de agosto de 2015, de: http://www.lemonworld.com/juliazzeuli/Diabetesweb/3_1-SupportGroupsDMHPT_SP.pdf
- Loli, A. y López, E. (1998). *Autoestima y valores en la calidad y la excelencia*. Revista de Investigación en Psicología IPSI, vol. 1, n° 1. Pp. 89 – 117. Artículo recuperado el 03 de mayo de 2018 desde: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n1/pdf/a04v1n1.pdf
- López, C. y Ávalos, M. I. (2012). *Diabetes Mellitus hacia una perspectiva social*. Revista spu, volumen 39_2_13. Artículo recuperado el 2 de agosto de 2015, de: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm
- Macfarlane, I. (2016). *Practical Diabetes International*. Documento recuperado el 27 de abril de 2019. <http://www.evolve360.co.uk/Data/10/Docs/07/07MacFarlane.pdf>
- Maya, A., Hernández, J. y Luna, J. A. (2008). *Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con Diabetes Mellitus 2*. CONAMED, 13, 30-35. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627021>
- Mejía, A., Pastrana, J. y Mejía, J. (2011). *La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional*. Universidad de Barcelona. Recuperado el 10 de diciembre de 2018, de: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/103.pdf>
- Morales, P. (2011). *El coeficiente de correlación*. Universidad Rafael Landívar. Artículo recuperado el 1 de mayo de 2019, de: https://ice.unizar.es/sites/ice.unizar.es/files/users/leteo/materiales/01_documento_1_correlaciones.pdf
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2014). *Racial and ethnic differences in diagnosed Diabetes among people aged 20 years or older*. En: National Diabetes Statistics Report. Recuperado el 3 de octubre de 2015, de: <http://www.cdc.gov/Diabetes/pubs/statsreport14/national-Diabetes-report-web.pdf>
- Nogareda, S. (1994). *Fisiología del estrés*. Documento recuperado el 5 de septiembre de 2015, de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf
- Olvera, C.P., Leo, G.E. y Hernández, H.L. (2008). *Páncreas y células beta: mecanismos de diferenciación, morfogénesis y especificación celular endocrina. ¿Regeneración?* Artículo en Boletín Médico del Hospital Infantil de México. vol.65 no.4, México. Recuperado el 30 de septiembre de 2015, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000400009
- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). *Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12 (3), 389-403. Artículo recuperado el 22 de agosto de 2015, de: <https://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>

- Reséndiz R., Felicitas A. y Saldierna, A. (2010). *Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con Diabetes tipo 2*. Revista Sanid Milit, 64 (5), sep. -oct. 211-223. Artículo recuperado el 2 de septiembre de 2015, de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>
- Sánchez, G. (2007). *Historia de la Diabetes*. Gaceta Médica Boliviana, versión on line, ISSN 1012-2966. Gac Med Bol v.30 n.2 Cochabamba 2007. Recuperado el 27 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016
- Sandoval, L., Ceballos, I., Escalante, S., Pérez, H. y Hernández, V. (2007). *La asistencia a los grupos de apoyo para pacientes con Diabetes Mellitus 2 como ayuda para el control de su glucemia*. Artículo en Revista de Calidad Asistencial, vol. 22, número 2. Recuperado el 3 de octubre de 2015, de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-asistencia-los-grupos-apoyo-13100688>
- Serrano, M., Torres, M.T. y Ávalos, G. (2009). Concepciones culturales en torno a la salud y la enfermedad en población de adultos de Jalisco. Revista Salud Pública y Nutrición RESPYN, vol. 10 número 3. Recuperado el 3 de Octubre de 2015, de: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/viewFile/242/224>
- Simkin, H., Etchezahar, E. y Ungaretti, J. (2012). *Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores*. Facultad de ciencias sociales UNLZ – Año VII, Número 17, V2, PP 171-193. ISSN 1668-5024. Artículo recuperado el 19 de Agosto de 2015, de: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/1416/hologramatica_n17v2pp171_193.pdf
- Tusié Luna, M. T. (2008). *El componente genético de la Diabetes tipo 2*. Artículo recuperado el 2 de octubre de 2015, de: http://bq.unam.mx/wikidep/uploads/MensajeBioquimico/Mensaje_Bioq08v32p59_66_Tusie.pdf
- Univers of Pennsylvania. El modelo cognitivo genérico, Artículo recuperado el 10 de Julio de 2019, de: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Modelo%20cognitivo%20generico%20de%20Beck.%20Traducci%C3%B3n.pdf>
- Zamora, M. (2012). *Fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2*. Artículo recuperado el 30 de septiembre de 2015, desde: <http://sgm.issste.gob.mx/medica/Diabetes/doctos/Documentacion%20MIDE%20Sindrome%20Metabolico/FISIOPATOLOGIA%20DE%20LA%20DIABETES%20MELLITUS%202.pdf>

Tesis digitales

- Camacho, C. D. y Ordóñez, G. P. (2013). *Campaña de Mercadeo Social “Me amo, Te amo” a favor de la autoestima en pacientes oncológicos*. Tesis de licenciatura, Universidad de San Francisco de Quito, Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas. Recuperada el 24 de agosto de 2015, de:

- <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2459/1/107082.pdf>
- López, L. J. (2012). *Autoestima y su relación con el sentido de pertenencia en un grupo de operarios de una empresa de manufactura de envase de vidrio*. Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Psicología. Recuperada el 23 de agosto de 2015, de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/43/Lopez-Luis.pdf>
- Meléndez, D. (2011). *Relación entre autoestima y desempeño laboral en un grupo de mensajeros de una empresa dedicada a repartir correspondencia ubicada en la Ciudad de Guatemala*. Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Psicología. Recuperada el 17 de diciembre de 2015, de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/43/Melendez-Dale.pdf>
- Sparsci, V. M. (2013), *Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automóviles*. Tesis de licenciatura, Universidad Interamericana, recuperada el 15 de agosto de 2015, de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC113919.pdf>

Páginas de Internet

- Acevedo, A. (2013, 25 de noviembre). *El Pensamiento complejo en Edgar Morin*. Recuperado el 18 de febrero de 2019, de: <https://www.las2orillas.co/el-pensamiento-complejo-en-edgar-morin/>
- Boeree, G. (2018, 31 de mayo). *Teorías de la personalidad: Alfred Adler*. En Psicología on line. Recuperado el 5 de agosto de 2018, de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/adler.htm>
- Explorable.com (2009). Muestreo por conveniencia. Recuperado el 11 de junio de 2019, de: <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>
- Federación Mexicana de Diabetes (FMD) (2017, febrero). *ABC de la Diabetes*. Recuperado el 26 de abril de 2019, en <http://fmDiabetes.org/category/abc/>
- INEGI (2016). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado el 9 de octubre de 2018, de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto gerontológico (2015). *Importancia de la dieta en la prevención de enfermedades*. Recuperado el 3 de octubre de 2015, de: <http://www.igerontologico.com/salud/metabolismo-nutricion-salud/importancia-dieta-prevencion-enfermedades-6479.htm>
- OMS (2018). *Diabetes*. Recuperado el 10 de diciembre de 2018, de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/Diabetes>
- RAE (2019). Real Academia Española: *Definición de Diabetes*. Recuperado el 23 de abril de 2019, de <https://dle.rae.es/?id=Dcw811D>
- Senado de la República (2017). *Coordinación de comunicación social. 2º lugar en obesidad en edad adulta 1 en infantil*. Recuperado el 9 de septiembre de 2018 de: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/internacional/3912>

7-mexico-ocupa-el-primer-lugar-a-nivel-mundial-en-obesidad-infantil-y-el-segundo-en-adultos-unicef.html

Videos

Morin, E. (2013, 28 de septiembre). Morin Complejidad [Archivo de video]. Recuperado el 15 de octubre de 2016, de: <https://www.youtube.com/watch?v=D2qQQC36WRk>

ANEXOS

Anexo 1.
Medición del nivel de Autoestima para adultos Dale Meléndez (2011).

Fecha: __/__/__

Número de Ruta: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Antigüedad en la empresa _____

Marque con una 'X' la respuesta con la que más se identifique

Deberá de marcar solo una casilla por pregunta

No.	Pregunta	Nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
1	Hago las cosas que quiero hacer.				
2	Estoy orgulloso de ser quien soy.				
3	Me interesa averiguar lo que piensan los demás de mí.				
4	Soy una persona hábil en lo que realizo.				
5	Sé bien cuáles son mis cualidades personales principales.				
6	Manifiesto respeto por mí mismo.				
7	Me divierte reírme de mis errores.				
8	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
9	Siento que los demás creen que no me salen las cosas bien.				

Continuación de Anexo 1...

No.	Pregunta	Nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
21	Me es difícil expresar mis sentimientos.				
22	Me gustaría poder cambiar mi aspecto físico.				
23	Me exijo demasiado en cada tarea que realizo.				
24	Me gusta enfrentar nuevos retos.				
25	Propongo soluciones originales a los problemas que se me presentan.				
26	Dejo que otros tomen las decisiones por mi.				
27	Creo que mi comportamiento es inadecuado.				
28	En general, me inclino a pensar que estoy haciendo las cosas mal.				
29	Cuando las cosas salen mal me echo la culpa.				
30	Tengo miedo de expresar mis sentimientos abiertamente.				
31	Creo que soy útil para las otras personas.				
32	Siento que tengo mucho de que estar orgulloso.				
33	Cuando me hacen una crítica le presto más atención a lo negativo que a lo positivo.				

Continuación de Anexo 1...

No.	Pregunta	Nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
34	Siento que los demás se ríen de mí.				
35	Cuando tengo un problema me gusta utilizar soluciones nuevas.				
36	Me considero una persona interesante.				
37	Me alegra ser como soy.				
38	Constantemente verifico si estoy realizando bien la tarea que haga.				
39	Tiendo a caerles bien a las demás personas.				
40	Expreso mi opinión a pesar de no conocer del tema de conversación.				
Total:					

Anexo 2.

Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Anexo 1	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)
<p data-bbox="321 415 1378 598">El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.</p> <div data-bbox="321 617 1385 1801" style="border: 1px solid black; height: 564px;"></div>	

Continuación de Anexo 2...

Anexo 1	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)				
De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:					
0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente					
Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.					
Inventario de Estrategias de Afrontamiento					
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4
FIN DE LA PRUEBA					

Anexo 3.

Instrumento de medición de estilos de vida de pacientes con Diabetes Mellitus 2 (IMEVID)

CUESTIONARIO IMEVID*				
Instructivo				
Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.				
Le solicitamos responder todas las preguntas.				Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre: _____		Sexo: F M		Edad: _____ años.
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

Anexo 4.
Taller para el desarrollo de autoestima



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ**

Licenciatura en Psicología

Taller de Autoestima: “Amar es Cuidar”

Guadalupe Herrera Benavides

Orizaba Veracruz

Introducción

En los últimos años, se han presentado varios problemas de salud debido a la obesidad, entre los cuales se encuentra la Diabetes Mellitus 2, misma que ha cobrado gran importancia, ya que es una de las principales causas de muerte en nuestro país, según plantea el INEGI (2013).

A pesar de haberse descubierto que, si bien esta enfermedad es crónica, se puede controlar de manera eficaz mediante dieta, ejercicio y medicación, la Diabetes Mellitus 2 repercute en la calidad de vida de los pacientes, llegando a afectar más órganos debido a un exceso de glucosa en sangre difícil de controlar, ya que estos pacientes cuentan con la condición de no segregar la cantidad necesaria de insulina o bien ser resistentes a ella. Aunque ya se detectó un tratamiento funcional, actualmente el inconveniente es lograr que los pacientes opten por seguir las indicaciones médicas.

La incógnita de por qué los pacientes no se adhieren al tratamiento, ha motivado a varias ciencias como la medicina, enfermería y psicología a realizar trabajos de investigación para ofrecer respuestas e incluso una forma de tratamiento. En México, se mantienen las investigaciones a la vanguardia, el inconveniente es llevar a cabo lo que propone cada investigación para con ello contribuir a la salud pública.

En 2012, Zapata, Petzelová y González, publican “Redes de apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus 2”. En donde se somete a prueba la importancia y ayuda que puede ofrecer un grupo de apoyo, en la adherencia al tratamiento y el bienestar del paciente entre otras cosas. Cabe mencionar que se remarca y sugiere la realización de dichos grupos, ya que el aprendizaje y motivación suelen acelerarse en un ámbito social. Actualmente estos grupos se intentan hacer en muchas instituciones de salud pública, aunque sólo para ofrecer información acerca de la enfermedad crónica y los cuidados. Como profesional de la salud mental, conviene añadir que la sola información no siempre genera el cambio conductual drástico en el modo de vida y con la meta de mantenerse.

Continuación de Anexo 4...

Para esto, habrá que valerse no sólo de la cognición del sujeto, sino también de su dimensión afectiva, que involucra la motivación intrínseca, es decir, realizar una modificación de conducta porque yo lo decido y no porque alguien me refuerce ese comportamiento. Por tanto, si lo que se requiere generar en este caso son hábitos en pro del autocuidado, que resulta en la adherencia al tratamiento, se debe tratar entonces de modificar la propia percepción de sí mismo y su afecto propio.

Como resultado se espera un aumento de autoestima, partiendo de la *premisa si me quiero me cuido, también me respeto atendiendo mis necesidades*. Así pues, se plantea someter a prueba dicha hipótesis, llevando a cabo un taller para el desarrollo de autoestima en pacientes con Diabetes Mellitus 2, intentando con ello lograr un mayor Afrontamiento a la Enfermedad vista como factor estresante, como enmarcan Lazarus y Folkman, pioneros en esta nueva conceptualización, misma que incluye la adhesión al tratamiento (véase apartado 3.2.1).

Antes de desglosar el taller es necesario recurrir a las definiciones básicas de este trabajo; así pues, Alcántara en 1993 (citado en el apartado 2.1.1, p34 del presente), determina que la autoestima es: La actitud que posee un individuo hacia sí mismo, determina la forma en que piensa, siente y se comporta una persona consigo y los demás. Menciona también que tiene la característica de ser dinámica, puesto que se enriquece, arraiga o interconecta con otras actitudes. Surge como producto de las experiencias, y al igual que el aprendizaje, posee cualidades como la transferencia y la generalización.

Al hacer referencia en que la autoestima se puede enriquecer mediante las experiencias, es que surge la idea de realizar un taller que genere las mismas, en un contexto en que puedan compartir y confiar mutuamente, rodeados de personas afines a ellos en muchos aspectos y no sólo en cursar Diabetes Mellitus 2. Se parte también de la respuesta benéfica que se ha obtenido por la generación de grupos.

Otro precursor que ayuda a plantear el taller, debido a la explicación de la autoestima como un proceso compuesto de elementos esenciales como el autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación, autorrespeto y añade la autoestima como la cúspide de su pirámide es Mauro Rodríguez Estrada, (1988), ya que, tomando estos elementos como base, se generan los objetivos particulares.

En lo que respecta al Afrontamiento a la Enfermedad como factor estresante, o dicho en otras palabras Afrontamiento al estrés que provoca la enfermedad se define como: El proceso de valoración y adaptación por el que pasa un individuo para responder a las múltiples demandas que surgen al ser diagnosticados.

Se menciona que la respuesta adaptativa depende también de los siguientes factores:

- Forma de aparición de la enfermedad
- Curso de la enfermedad
- Control del tratamiento

Continuación de Anexo 4...

Por lo cual, durante las dinámicas también se trabajará con dichos tres eventos, dentro de la experiencia del individuo. Modificando con ello, la forma de responder a las múltiples demandas que implica su condición de vida al cursar DM2. Dicho en otras palabras, el sujeto podrá derivar respuestas de acción directa al estresor, entendido para el caso como la enfermedad Diabetes Mellitus 2.

Debido al aspecto de la valoración que realiza el sujeto para responder a dichas demandas, se cree necesario recurrir a la teoría cognitivo conductual. Aaron Beck (1967, citado en Univers of Pennsylvania), menciona que el sujeto cuenta con esquemas cognitivos, representaciones internas (basadas en estímulos, ideas o experiencias) que controlan los sistemas de procesamiento de información; es decir, el procesamiento automático versus el procesamiento reflexivo-controlado. De este modo el significado de dicha representación deriva en una creencia, misma que puede ser irracional o maladaptativa e influirá en los demás sistemas del individuo: Cognitivo, emotivo, conductual y motivacional.

En consecuencia, las representaciones internas acerca de la enfermedad y del individuo acerca de sí mismo, repercuten en su manera de afrontar las demandas que implica la enfermedad Diabetes Mellitus 2. Por lo cual, se plantean actividades a través de las cuales se enriquezca la autovaloración y autoeficacia del individuo y por ende la autoestima, con respecto y en contraposición a la conceptualización acerca de la enfermedad como acontecimiento en su vida.

Para lograr lo antes mencionado, se hizo uso de algunas técnicas de tipo Gestalt, con las que se logre llegar a la conceptualización inconsciente de la enfermedad y realizar modificaciones a la misma, así como también lograr un empoderamiento o autoeficacia con respecto a la DM-2, transformándola en un objeto controlable y de uso diario, lo que conlleva a que se tenga presente a lo largo de su vida e influya en la toma de decisiones que involucren respuestas adaptativas de acción directa a la enfermedad. Del mismo modo también se utilizaron los dibujos y escritura, para hacer conscientes las representaciones acerca de sí mismos, así como sus metas, haciéndolas tangibles y con ello parte de una realidad, asignándoles fechas para dar paso al plano conductual.

Una vez mencionado lo anterior, a continuación, se presenta la estructuración del taller de Autoestima “Amar es Cuidar”.

Objetivo General:

Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita afrontar y responder efectivamente las demandas que implica cursar Diabetes Mellitus 2.

Objetivos Específicos:

1. Generar un clima de confianza y respeto mutuo, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo.
2. Conocer y diferenciar, sus características primordiales, ya sean consideradas como habilidades o debilidades por ellos mismos.
3. Descubrir que cada acontecimiento, cualidad, actitud y aptitud, le permiten

Continuación de Anexo 4...

formar una identidad al diferenciarlos del resto.

4. Construir un diagrama de los hábitos totales de vida con que cuentan, y con ello, conocen más acerca de sus actitudes y comportamiento para con ellos mismos.
5. Analizar y reconocer las experiencias de vida, entre ellas la aparición de la enfermedad, como una forma de crecer y aprender.
6. Asignar una simbología a la enfermedad, para poder darle un significado.
7. Adaptar sus metas como respuesta a sus necesidades y con ello generar autorrespeto.
8. Convertir la enfermedad en un objeto controlable.
9. Planificar el tiempo para cumplimiento de cada una de sus metas.

Así pues, identificar las propias características tiene como finalidad de acrecentar el autoconocimiento, autopercepción y autovaloración. De la misma manera, aceptarse como seres únicos e irrepetibles, va a propiciar la autovaloración y fomentará su auto aceptación.

Se estimula también el ejercicio de su autoevaluación de manera efectiva. Es decir, tomando en cuenta el total de sus hábitos y acciones que conlleve autovaloración y les permita estar orgullosos de lo realizado de manera adecuada. Con lo cual, se sentirán capaces (autoeficacia percibida) de lograr esta meta de nueva cuenta, tomando las riendas de su vida y suscitando modificación conductual. Por otro lado, para dar cumplimiento a lo antes mencionado se harán uso de las siguientes dinámicas.

Anexo 5.

Sesión 1 Continuación del taller

Objetivo general. Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria.

Objetivos específicos:

1. Generar un clima de confianza y respeto mutuo, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo.
2. Se logra que cada persona conozca y diferencie, sus características primordiales ya sean consideradas como habilidades o debilidades por ellos mismos.

Objetivos	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
Apertura Realizar un reglamento en grupo, con el que los participantes se comprometan.	Se realiza el reglamento con base en la dinámica lluvia de ideas, ya que es necesario que todos los participantes estén de acuerdo.	10 minutos
Los participantes se presentan creando un clima de confianza y cordialidad.	Dinámica de presentación: Cada persona se presenta mencionando su nombre, edad y qué espera del taller. Al finalizar, cada uno elige a la persona que sigue en turno para presentarse y con ello se genera contacto visual y rompimiento de hielo.	10 minutos
Desarrollo Los participantes introspeccionan para encontrar sus principales características y toman conciencia de cuánto se conocen a sí mismos, así como las ventajas de el autoconocimiento.	Se pide a los participantes que hagan parejas, después, que realicen una lista de preguntas que quieren hacer a su compañero para conocerlo mejor, considerando la pregunta ¿Qué necesito saber de ti, para sentir que te conozco bien? Una vez realizado esto, se les informa que son ellos quienes deben contestar estas preguntas primero para sí mismos. Posteriormente comparten la información en pareja.	20 minutos
Cierre Evaluación:	Finalmente, a manera de evaluación, el grupo comenta cómo se sintió durante la sesión, qué aprendieron y cómo piensan que conocerse a sí mismos puede ayudarles en la vida diaria. Durante esta parte de la sesión, se retroalimenta la participación para reafirmar y aclarar la importancia del autoconocimiento en la vida de cada persona.	20 minutos
Material:	Hoja doble carta para el reglamento, hojas blancas tamaño carta, plumones, lapiceros y lápices.	
Referencias: Cuestionario de autoconocimiento, del libro Autoestima: Clave del éxito personal, de Mauro Rodríguez Estrada, para crear la dinámica que corresponde al objetivo 2.1		

Anexo 6.

Sesión 2 Continuación del taller

<p>Objetivo general: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando un sentimiento de bienestar consigo mismo, que les permita afrontar efectivamente el estrés que implica cursar Diabetes Mellitus 2.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se genera un clima de confianza y respeto mutuo, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo. 1. Se logra que cada persona conozca y diferencie sus características primordiales, ya sean consideradas como habilidades o debilidades por ellos mismos. 2. Concientizar que cada acontecimiento, cualidad, actitud y aptitud, le permiten formar una identidad al diferenciarlos del resto. 		
	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
<p>Apertura Se genera primero un clima de confianza; mediante una dinámica de ruptura de hielo, que prepare al grupo para integrarse, así como para la libre expresión de sentimientos, emociones e ideas.</p>	<p>La dinámica se debe realizar en absoluto silencio, se indica a los participantes que no pueden hablar y que además deben integrar una fila en orden de fecha de nacimiento. Esto genera contacto visual, fomenta el trabajo en equipo, por lo que ayuda a integrar el grupo, ya que todos se ocupan en cumplir una misma tarea. Puede generar confianza, debido a que los participantes se desinhiben utilizando una forma de comunicación que generalmente no usan.</p>	10 minutos
<p>Desarrollo Los participantes introspeccionan y encuentran sus características principales.</p>	<p>Se solicita realicen un dibujo de sí mismos en el anverso y reverso de la hoja, donde agregarán las características con las que más se identifiquen de un lado, y del otro, las que sientan más distantes de quienes realmente son. Retroalimentación: preguntando qué pasaría si se trozara una parte de la hoja que contenga una característica que no les resulte agradable, con ello se lleva a los pacientes descubrir y ser conscientes, de que se rompería una parte de ellos mismos también en la cara anversa y, por tanto, perdiendo forma el dibujo, ya no les representa. Así pues, lo que ven en la hoja es lo que son, de esta forma se pretende que se acepten como únicos e irrepetibles.</p>	20 minutos
<p>Los participantes descubren que el conjunto de características que han plasmado es el que les forma una identidad única.</p>	<p>Al finalizar se pide a los participantes que den su opinión acerca de la sesión, además de mencionar qué aprendieron en el día.</p>	15 minutos
<p>Cierre Evaluación:</p>	<p>Al finalizar se pide a los participantes que den su opinión acerca de la sesión, además de mencionar qué aprendieron en el día.</p>	15 minutos
<p>Material:</p>	<p>Hojas blancas tamaño doble carta, plumones y lapiceros de colores.</p>	
<p>Referencias: Modificación de la dinámica Yo soy en: “Orientados”. Recuperado de: http://www.ceice.gva.es/orientados/profesorado/descargas/autoestima.pdf</p>		

Anexo 7.

Sesión 3 Continuación del taller

Objetivo general: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria.

Objetivos específicos

1. Se genera un clima de confianza y respeto mutuo, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo.

3. Los participantes toman conciencia de los hábitos de vida con que cuentan, y con ello, conocen más acerca de sus actitudes y comportamiento.

Objetivos	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
Apertura:	“La pelota preguntona”. Se hacen modificaciones de esta dinámica, añadiendo al nombre de cada participante al presentarse, la mención de qué es lo que más les agrada y qué es lo que menos les agrada de sí mismos y por qué.	10 minutos
Desarrollo:	“el queso de segundo”. Se pide a los pacientes que dividan un círculo en 8 pedazos. Se pide a los pacientes que asignen a cada pedazo una actividad con un valor del 1 a 3. Esto se realiza dos veces, el queso real y el queso ideal. Para que se hagan conscientes del tiempo que dan a sus hábitos de vida comunes y la actitud que les hace mantenerlos, se hace la pregunta ¿Mis hábitos me llevan a dónde realmente quiero llegar? ¿Se parecen el queso real y el ideal? Para finalizar la sesión, se pide a los pacientes que mencionen qué aprendieron en el día y cómo se van en cuanto a emotividad y motivación.	40 minutos
Cierre:		10 minutos
Material:	Pelota, hojas blancas tamaño carta, plumones y lapiceros de colores.	

Referencias: Modificación de la dinámica el queso de segundo en: “Jugamos...?”. Recuperado de: <https://jugamos.jimdo.com/din%C3%A1micas-de-autoconocimiento/el-queso-de-segundo/>

Anexo 8.

Sesión 4 Continuación del taller

Objetivo general: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria.

Objetivos específicos:

1. Se genera un clima de confianza y respeto mutuo, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo.
2. Reconocer las experiencias de vida como una forma de crecer y aprender.

Objetivos	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
Apertura	Se realiza un círculo con las sillas, posteriormente se indica a los participantes que mencionen los avances que han notado hasta el momento en sus vidas, que piensen que ha provocado el taller, e incluso cambios que haya notado la gente que le rodea.	10 minutos
Desarrollo	Las estatuas. Se pide a los participantes que formen parejas. Ya que están conformados, se da la indicación de que van a realizar una estatua con la ayuda de su compañero. La primera estatua se titula “tengo Diabetes”, se menciona a los participantes que modelen al compañero de tal forma que exprese cómo se sintieron el día en que les diagnosticaron, cómo fue el proceso de aceptación o afrontamiento e incluso qué pensaron. La segunda se titula “Vivo con Diabetes”, en esta van a expresar cómo viven y han vivido con esta condición física, cómo se sienten actualmente con respecto a ella, qué piensan y como la afrontan. Se pide a los pacientes que intercambien lugares y ahora quien fungió como estatua, será el modelador. Después se retroalimenta, preguntándose cómo se sintieron en los dos momentos siendo estatua y modelando, cuál fue su experiencia, si hubo alguna que les costó más trabajo y por qué.	40 minutos
Cierre	Para finalizar, se pide a los pacientes que mencionen qué aprendieron y cómo se van. Tarea: Conservar la emoción con la que salen de sesión.	10 minutos

Material

Referencias: Modificación de la dinámica estatuas. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/marnabla/100-dinamicasparaadultos>

Anexo 9.

Sesión 5 *Continuación del taller*

Objetivo general: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria.

Objetivos específicos:

1. Se genera un clima de confianza y respeto mutuo, que permita a los participantes expresarse libremente dentro del grupo.
2. Reconocer las experiencias de vida como una forma de crecer y aprender.

Objetivos	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
Apertura	Para iniciar la sesión se indaga acerca de cómo han estado en la última semana, además de dar un breve repaso de lo que se ha visto hasta el momento.	20 minutos
Desarrollo	Se reflexiona acerca de la dinámica de las estatuas, invitando a pensar en algunas otras situaciones que les han sido difíciles de enfrentar, posteriormente se invita a identificar las cosas positivas que les ha dejado cada situación como crecimiento personal.	10 minutos
	Posteriormente se realiza el ejercicio Gestalt titulado: “Diálogo del síntoma”, para descubrir que aún estas situaciones son una oportunidad para crecer.	20 minutos
Cierre	Finalmente, cada asistente comenta qué fue lo aprendido durante el día y cómo se siente antes de irse a casa.	10 minutos
	Se encarga como tarea realizar un cambio físico, que refleje el cambio interno realizado hasta el momento con la ayuda del taller. Además este cambio tendrá una segunda encomienda, la de demostrar un cambio de vida.	

Materiales

Referencias: Stevens, J., El darse cuenta sentir, imaginar y vivenciar. Chile, Cuatro vientos.

Anexo 10.
Sesión 6 Continuación del taller

Objetivo general: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria.

Objetivos específicos:

1. Los asistentes adaptan sus metas como respuesta a sus necesidades y con ello se genera autorrespeto.

Objetivos	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
Apertura	Para iniciar la sesión se realiza una revisión de la tarea encargada, de la misma forma en que se comenta cómo les fue, si les costó trabajo y a qué se debe, así como la forma en que notaron un cambio y decidieron plasmarlo.	20 minutos
Desarrollo	Se explica experimento de autocuidado, universidad de palo alto.	20 minutos
Explicación de autocuidado como una forma de autorrespeto.	Se solicita escriban 5 oraciones de compromiso que impliquen autocuidado, utilizando quiero hacer y evitando las palabras tengo o debo. Al terminar en parejas afirman sus compromisos de autocuidado, diciéndolos.	
	Como segunda dinámica se realiza “el árbol”, a través de la realización de un dibujo de un árbol, los participantes categorizan sus características como herramientas, colocándolas dentro del árbol en las raíces. Posteriormente en el tronco se pide que detecten sus necesidades y las plasmen. En las ramas, escribirán algunas metas como respuesta a las necesidades antes ya escritas.	20 minutos
Cierre	Después se realiza retroalimentación en cuanto a lo detectado. -Queda como tarea llevar a cabo los compromisos de la primera parte de la sesión y traer el árbol para la siguiente sesión.	
Materiales	Hojas de papel y lapiceros	
Referencias:	Modificación de la Dinámica el árbol. Recuperado de: http://www.miautoestima.com/dinamicas-autoestima-arbol-logros/	

Anexo 11.
Sesión 7 Continuación del taller

Objetivo general: Desarrollar autoestima en los asistentes al taller, generando o acrecentando un sentimiento de bienestar consigo mismo y los demás, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y su propio desempeño en la vida diaria.

Objetivo específico:

1. Cada persona planifica en tiempo el cumplimiento de cada una de sus metas.

Objetivos	Dinámicas y procedimiento	Tiempo
Apertura	Para iniciar la sesión se realiza una revisión de la tarea encargada, de la misma forma en que se comenta cómo les fue, si les costó trabajo y a qué creen que se debe.	10 minutos
Desarrollo	Como primera dinámica se realiza una fantasía dirigida, con el objetivo de convertir la enfermedad Diabetes Mellitus 2 en un objeto de la vida cotidiana, que ellos sientan que dominan.	15 minutos
	La segunda actividad es el término de la dinámica “el árbol”. Los participantes pondrán fecha de realización a cada una de las metas que escribieron.	15 minutos
Cierre	Para terminar con la sesión y con el taller, se realiza la encuesta general para calificar el mismo. Posteriormente se realiza un círculo, en el cual se invita a cada uno a despedirse del grupo y del taller.	20 minutos
	Se hace una pausa de 30 minutos y después se realiza la post prueba.	
Materiales	Hojas de papel y lapiceros	
Referencias: Stevens, J., El darse cuenta sentir, imaginar y vivenciar. Chile, Cuatro vientos.		

Anexo 12
Evidencia fotográfica del taller impartido



El grupo está respondiendo la batería de pruebas.



El grupo al estar finalizando la batería de pruebas.



Realizando la actividad “el árbol”.

Anexo 13 Constancia de aplicación del taller

Orizaba Ver., a 11 de Septiembre de 2018

A QUIÉN CORRESPONDA

Instituto de Estudios Superiores de la Vera – Cruz

PRESENTE

Sirva la presente, para hacer **CONSTAR** la colaboración de la C. Guadalupe Herrera Benavides. Desempeñada a través de la impartición de un taller para desarrollo de Autoestima, mismo que fue llevado a cabo en un periodo de Febrero a Abril de 2016.

Dirigido a la población que cursa Diabetes Mellitus 2, en la clínica Fundación Zurita, ubicada en Cuitlahuac, Veracruz.

Sin más por el momento me permito enviarle un cordial saludo, quedando a sus órdenes.



Dra. Mariana Méndez López



FUNDACIÓN

Doctor Hernández Zurita I.B.P.

FUNDACIÓN DOCTOR HERNÁNDEZ ZURITA I.B.P.

R.F.C.: FDH030823J32

Carretera a Santa Ana No. 55

Piso 3

Col. Abelardo L. Rodríguez

Mariano Escobedo, Ver. C.P. 9441