



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología

“Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas
con Diabetes Mellitus tipo 2”

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Martha Susana Rivera Niño

Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Dictaminadores:

Vocal. LIC. MARÍA CRISTINA CANALES CUEVAS

Secretario. LIC. ARACELI FLORES ANGELES



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 15 de Junio del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Primeramente este agradecimiento va dirigido al forjador de mi camino, mi padre celestial, el que siempre me levanta en mis continuos tropiezos y me acompaña en mí andar, el creador de mis padres, hermano y los hermanos que han llegado a mi vida, a mi Padre Dios Jesucristo.

A mis padres.

Gracias por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, todos mis logros se los debo a ustedes incluyendo este. Ustedes me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para nunca rendirme y siempre alcanzar mis metas y sueños. Los amo mamá y papá.

A mi mamá y a mi tía Luisa.

Les dedico con todo mi corazón este manuscrito recepcional, pues sin ustedes no lo habría logrado. Tu bendición jefecita a diario y a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Por eso te doy mi trabajo en ofrenda por tu paciencia, amor y complicidad mami, te amo. A mi tía por rezar para mi culminación y mi protección. Las amo mucho.

A mi hermano.

Aunque en la mayoría de las veces pareciera que estuviéramos en una guerra, hay momentos en los que cesaba y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por no solo ayudarme en gran manera a sacarme de mis crisis con este manuscrito, sino por todos los bonitos momentos que pasamos y pasaremos juntos. Te amo hermanito Fi.

A mis hermanos de vida Ceci e Ivan (Vlad)

Ustedes que se convirtieron en mi mano derecha, que forman parte ya de mi familia, a ustedes que los considero como mis hermanos y que han estado ahí presentes y más cuando les he necesitado, quiero agradecerles en esta ocasión tan especial, por todas sus ayudas, y pláticas peludas, les agradezco de corazón y como lo dijo mi mamá una vez Dios nos hace y solitos nos juntamos. Que Dios los bendiga siempre.

A mis asesoras Helene y Lizbeth.

A lo largo de la realización de este proyecto ustedes han sido mi guía en este complicado proceso, y he de decir que no ha sido nada fácil llegar hasta aquí, sin embargo gracias a su ayuda esto pareció menos complicado. El resultado de mi manuscrito recepcional ha sido espectacular, mucho mejor de lo que esperaba y una gran parte del desarrollo de este trabajo se los debo a ustedes. Que Dios las bendiga.

A mi buen amigo y hermano mayor Samuel Nava Serret y a su esposa Angélica Evelin Jiménez. Sin tu consejo, guía y ayuda no habría llegado hasta la culminación de este proyecto, ni siquiera en la realización de éste. Gracias Sam y Angie por ayudarme a escoger mi tema y sobre todo por resaltar lo que me interesaba, así como las porras que me brindaban.

A mi novio Ivan Vargas Osorio

A ti que me has brindado tu apoyo, el cual ha sido sumamente importante, ya que, has estado conmigo en mis momentos más turbulentos y en las ocasiones donde dan ganas de tirar la toalla, tú te convertiste en mi salvavidas, porque me motivaste a seguir adelante a pesar de los problemas por los que pasaba. Siempre fuiste muy motivador y esperanzador conmigo al decirme que yo lograría esto y más. Me ayudaste hasta donde te fue posible y más cuando perdí a mi gatito Luciano. Muchas gracias amor.

Resumen

Como bien se sabe la Diabetes Mellitus tipo 2 se ha convertido en una enfermedad que ha ido aumentando su daño con el tiempo, ya que es una enfermedad crónico-degenerativa, considerándose como una epidemia, entre las edad más afectadas oscilan entre los 40 a 59 años, y si bien sus consecuencias son muy bien conocidas, un ejemplo es la afectación de la visión, insuficiencia renal, entumecimiento o debilidad de las extremidades, etc., teniendo consecuencias directas con la calidad de vida y con los estilos de afrontamiento; se trabajara con el objetivo de identificar cual es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 así como los estilos de afrontamiento que utilizan para sobrellevar su padecimiento. Como método se tendrá un carácter cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo correlacional, con recolección de datos en un solo momento, es decir transversal. Se destacan lo siguiente, en lo que respecta a la hipótesis 1 es aceptada ya que se buscó identificar qué área en la calidad de vida es la más afectada, siendo la función física y la salud general, en caso contrario a la hipótesis 2 que es rechazada y los estilos de afrontamiento que no son los más usados son la reevaluación positiva y la religión. De forma general los pacientes con DM tipo 2 pueden sentirse con miedo al inicio de su diagnóstico con ayuda de sus seres queridos logran superar su enfermedad brindándoles formas positivas en la forma de enfrentar su nueva vida.

Palabras Clave: cuestionario de afrontamiento para el estrés, cuestionario SF-16, Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), pandemia de COVID-19, edad entre 40-65 años.

Abstract

As is well known, Type 2 Diabetes Mellitus has become a disease that has increased its damage over time, since it is a chronic-degenerative disease, considered as an epidemic, among the most affected ages range between 40 to 59 years, and although its consequences are very well known, an example is impaired vision, kidney failure, numbness or weakness of the extremities, etc., having direct consequences on quality of life and coping styles; We will work with the objective of identifying what is the quality of life of patients with Type 2 Diabetes Mellitus as well as the coping styles they use to cope with their condition. The method will be quantitative, non-experimental, descriptive-correlational, with data collection at a single moment, that is, cross-sectional. The following are highlighted, with respect to hypothesis 1 it is accepted since it was sought to identify which area in the quality of life is the most affected, being physical function and general health, otherwise to hypothesis 2 which is rejected and the coping styles that are not the most used are positive reappraisal and religion. In general, patients with type 2 DM may feel afraid at the beginning of their diagnosis, with the help of their loved ones, they manage to overcome their disease by giving them positive ways to face their new life.

Key Words: stress coping questionnaire, SF-16 questionnaire, Health-Related Quality of Life (HRQL), COVID-19 pandemic, age between 40-65 years.

Introducción

Marco teórico

Considerando que la diabetes afecta la vida de 6.4 millones de mexicanos según la Encuesta Nacional Salud y Nutrición (2012), urge emprender investigaciones que reconozcan la complejidad del padecimiento y consideren los numerosos factores psicológicos y emocionales asociados con su prevalencia. Nuestro análisis, que mira a la problemática desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, aportará datos empíricos y significativos sobre las consecuencias del diagnóstico para la calidad de vida del paciente y contribuirá a mejorar los protocolos de tratamiento incluyendo al sujeto como agente activo y protagonista en el cuidado de su propia salud.

Gracias a los avances de la medicina en las últimas décadas, en México y en gran parte del mundo las personas tienen mayor posibilidad de sobrevivir a enfermedades infecciosas y en general se ha incrementado la esperanza de vida. Sin embargo, ahora enfrentamos una terrible amenaza para la salud pública: las enfermedades crónico-degenerativas, que si bien, en algunos casos se deben a una predisposición genética y problemas de índole inmunitario (como sucede en el caso de la diabetes tipo 1), en general se relacionan estrechamente con el sobrepeso y la obesidad. Es decir, que hoy cada vez más personas son afectadas por enfermedades que pudieron prevenirse llevando un estilo de vida más saludable; entre ellas la diabetes tipo 2. Se estima que alrededor de 1 de cada 11 adultos que tiene diabetes, dentro de esta cifra los que tienen Diabetes Mellitus tipo 2 oscilan entre los 40 y 59 años.

La definición médica de la diabetes es bien conocida, se trata de un trastorno crónico cuya característica principal es la hiperglucemia (dificultad para metabolizar el azúcar, que aumenta su presencia en la sangre) y sus consecuencias están ampliamente documentadas; una persona que lo ha padecido por largo tiempo sufre daños micro y macrovasculares, con un aumento del riesgo de cardiopatía, se afecta la visión, hay daño en los vasos sanguíneos y los riñones causando insuficiencia renal, afectación de los nervios que produce entumecimiento o debilidad en las extremidades y reducción del flujo sanguíneo que ocasiona úlceras en los pies (Portilla, Romero y Román, 1991). Existen dos tipos: diabetes mellitus tipo 1: insulino dependiente, que se atribuye a causas genéticas y diabetes mellitus

tipo 2 o no-insulinodependiente, la más común a pesar de ser la que podemos prevenir o retrasar manteniendo un estilo de vida saludable y un peso adecuado para la edad y estatura.

Esta enfermedad tiene consecuencias directas sobre la calidad de vida y es un padecimiento discapacitante. Los daños que provoca en diferentes niveles del organismo se muestran en varias formas, como la ceguera, las amputaciones de algún miembro o el dolor e hinchazón crónicas. Por ello, en el conocimiento popular e incluso entre los profesionales de la salud, la enfermedad tiende a explicarse solamente por las afectaciones físicas que causa. Sin embargo, aunque el deterioro del organismo es su expresión más evidente y lastimosa, no podemos tener un entendimiento integral de este padecimiento y construir mejores campañas de prevención sin contemplar entre sus vertientes el estado psicológico del paciente.

En 2008 una evaluación de los distintos sistemas de atención para el paciente diabético en Reino Unido, reveló que las intervenciones basadas en la teoría psicológica maximizan la contribución de los pacientes en sus tratamientos médicos y llevan a un autocontrol más eficiente tanto de los niveles glucémicos como de las variables psicosociales. (Harvey y Lawson, 2009). Por lo que hoy en día se emprenden cada vez más investigaciones dirigidas a estudiar las representaciones que el paciente tiene de la enfermedad, la influencia en su salud del ambiente físico y social, y la importancia de modificar comportamientos y actitudes que contribuyen a la enfermedad, entre los factores que pueden modificarse y que son de riesgo están:

- La mala alimentación.
- La obesidad.
- El sobrepeso.
- El consumo de tabaco.
- El mal manejo del estrés.

Este tipo de Diabetes Mellitus (tipo 2) suele aparecer en la edad madura, esto es, pasando los 45 años a diferencia de la tipo 1 también conocida como diabetes juvenil, esto hace que surja la pregunta ¿si las personas en quienes se efectúa el diagnóstico de DM tipo 2 a una edad temprana tienen diferencias clínicamente de las que esta enfermedad fue diagnosticada más tarde?, para un grupo de investigadores ha tratado de dar respuesta a esa pregunta, teniendo como variable

de interés la aparición de complicaciones microvasculares que son la retinopatía diabética de fondo o proliferativa, nefropatía o insuficiencia renal; o macrovasculares que son el infarto del miocardio, etc., todo esto a 3 o menos años después del diagnóstico, su investigación estaba compuesta por 7844 adultos que estaban inscritos en una organización de atención gerenciada (Health Maintenance Organization, HMO), en Portland, Estados Unidos, dichos participantes fueron diagnosticados con DM tipo 2 entre los años 1996 y 1998, todos fueron observados hasta el 31 de diciembre de 2001, aproximadamente 3.9 años, la edad del diagnóstico estaba basada en la fecha de entrada a los registros de la organización, teniendo acceso a datos clínicos de cada paciente, esto con el fin de controlar el efecto de edad sobre los trastornos macrovasculares, estos pacientes fueron divididos en los que tenían menos de 45 años y los que tenían más al momento del diagnóstico. *“Las personas en quienes el diagnóstico de diabetes tipo 2 se hizo a edad temprana (18 a 44 años de edad) mostraron probabilidades 80% mayores de tener que iniciar un tratamiento con insulina que las que tenían 45 años o más en el momento del diagnóstico, aunque en ambos casos el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento en que se hizo necesaria la insulina fue similar”* (Instantáneas, 2003, p. 434). Los resultados indican que la DM tipo 2 en su aparición temprana es mucho más peligrosa visto desde lo cardiovascular que la de diagnóstico tardío. En 2003 los casos que se estimaron con diabetes fueron del 19 millones de adultos entre los 20 a los 79 años, y esto afecta del 10 al 15% de la población adulta (Mehta, Del Moral y Aguilar), y con base a estos datos se estima que esta población donde las personas que tienen alrededor de los 65 años tienen mayores posibilidades de padecer DM tipo 2 por lo menos 10 veces más que las personas que tienen 45 años o menos, por lo tanto este es el rango de edades de mayor riesgo entre la población, de aquí viene el interés de investigar este rango de edad.

Calidad de vida

También conocido como “buena vida”, esta es parte de la humanidad desde la época de los griegos, pero inició formalmente en el campo de la salud por medio de la medicina en los años 60 's pero con mayor apogeo en la década de los años 90's. Este concepto de calidad de vida implica una evaluación global que un sujeto se hace en su vida en base a sus características personales, es decir, lo demográfico,

sus valores, y su personalidad; y en factores externos donde se encuentran las enfermedades y su tratamiento. La relación entre la calidad de vida y la salud incluye las esferas social, física y psicológica de la salud, que son vistas como distintas áreas que son influenciadas por las creencias, expectativas, experiencias y percepciones de la persona.

“En sus inicios, la calidad de vida se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente se centró en una preocupación por la salud e higiene pública y después hizo alusión a los derechos humanos tanto laborales como ciudadanos. Conforme se consolidaba el concepto se fueron incluyendo el acceso a bienes económicos, hasta que finalmente se tomó en consideración la percepción de cada sujeto sobre su propio estado de salud, vida social y actividad cotidiana” (Servicios Psicológicos Integrales de México, 2015).

En la Psicología de la Salud que intensifica cada vez más sus esfuerzos para encontrar respuestas de cómo se originan estos efectos tanto a corto y largo plazo en el bienestar y en la salud, estos efectos son:

- **Corto plazo:** referente a las emociones, afectividad, cambios fisiológicos, y a la calidad del resultado al abordar la situación que genera el estrés.
- **Largo plazo:** se resalta lo que es la salud física, el funcionamiento social y el bienestar psicológico, este último no se debe de entender como la simple ausencia de la enfermedad sino como una condición de completo bienestar.

La calidad de vida es considerada una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de estos elementos; pese a que la calidad de vida objetiva y la percibida son dos conjuntos de factores que interactúan entre sí, el estilo de vida es una dimensión compuesta por elementos materiales, físicos y sociales; por otro lado la calidad de vida es subjetiva y objetiva, ya que, es una propiedad de la persona más que del ambiente en que se desenvuelve, es decir, la calidad de vida comunitaria, laboral, familiar, etc., parecerían ser más subjetivas que objetivas.

Al separarse los aspectos objetivos (indicadores sociales) de la calidad de vida y los aspectos subjetivos o percibidos, se llega a la conclusión de que los principales factores que se tienen en cuenta para el estudio de la calidad de vida son:

1. Bienestar emocional.
2. Riqueza material y bienestar material.
3. Salud.
4. Trabajo y otras formas de actividad productiva.

5. Relaciones familiares y sociales.
6. Seguridad.
7. Integración con la comunidad

En esta parte se hace referencia específicamente al problema de la definición sobre la calidad de vida.

Ardila (2003, p.165) menciona que:

Calidad de vida, como aspectos subjetivos engloba lo siguiente:	Calidad de vida, como aspectos objetivos engloba lo siguiente:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Intimidad. 2. Expresión emocional. 3. Seguridad percibida. 4. Productividad personal. 5. Salud percibida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienestar material. 2. Relaciones armónicas con el ambiente. 3. Relaciones armónicas con la comunidad. 4. Salud objetivamente considerada.
Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad.	Podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirnos saludables.

Afrontamiento

El afrontamiento son todos *“aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como que exceden o desbordan los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Conde, 2014, p.37).

Dentro del afrontamiento se hace una distinción entre:

- ❖ El afrontamiento centrado en el problema: se centra en la acción, en intentar hacer algo para alterar la fuente del estrés, es la que regularmente predomina en situaciones donde se hace algo constructivo.
- ❖ El afrontamiento centrado en la emoción: destinado a reducir o controlar el estrés emocional que se genera en una situación determinada, incluye primordialmente los pensamientos más que las acciones para poder cambiar

las relaciones entre persona-ambiente, puesto que tiende a influenciar más cuando una persona siente que su estrés es más duradero.

En ocasiones ambas formas de afrontamiento pueden presentarse simultáneamente en una misma situación de interacción sujeto-ambiente, estas formas tanto pueden interferirse o facilitarse entre sí mismas.

Para el ser humano existe el modelo del afrontamiento definido como todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio y que son desarrollados para manejar las demandas específicas externas o internas que pueden ser evaluadas como desbordantes o excedentes dependiendo los recursos del individuo.

“El afrontamiento centrado en el problema tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales” (Di-Colloredo, Aparicio y Moreno, 2007, p.9).

Para Vásquez, Crespo y Ring (2000) las estrategias de afrontamiento comportamentales y cognitivas se despliegan en las siguientes 8 estrategias diferentes:

1. **Confrontación:** intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. **Distanciamiento:** intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. **Escape-evitación:** empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. **Reevaluación positiva:** percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

8. **Búsqueda de apoyo social:** acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional. (P.p. 427-428)

Todas estas investigaciones nos acercan a un entendimiento más profundo de los factores psicológicos que determinan la manera en que el paciente diabético afronta su padecimiento y decide si vale la pena adaptar sus hábitos y estilo de vida ante el diagnóstico. Sobre todo, se ha recalcado que ciertos subgrupos de pacientes diabéticos son más susceptibles a padecer trastornos del comportamiento que agravan la enfermedad, ejemplos de ello son los casos de mujeres diabéticas insulino dependientes con trastornos del comportamiento alimentario como bulimia o anorexia y los trastornos en el área intelectual que sufren los pacientes con antecedentes de múltiples episodios de hipoglucemia. Es claro que los profesionistas en psicología empiezan a jugar un rol importante en el diseño de programas de atención integral que buscan ayudar a las personas a prevenir y reducir el riesgo de cualquier enfermedad y especialmente de padecimientos crónicos como la diabetes, con una modificación de la conducta.

No obstante hay que señalar los efectos psicológicos que tiene la diabetes mellitus sobre las personas que lo padecen, ya que tanto el impacto del diagnóstico, así como el pronóstico y el tratamiento originan diversas respuestas psicosociales, y estas a su vez varían de grado e importancia, entre las que se encuentran la depresión, la ansiedad, las dificultades económicas y laborales, así como los sentimientos de soledad, todo este conjunto de problemáticas son por las que atraviesan las personas con esta condición.

Castro, Rodríguez y Ramos (2005) mencionan que la mayoría de los pacientes que ya fueron diagnosticados como diabéticos, se observó en ellos un impacto conductual y emocional ocasionado por 2 razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten. (p.148)

“Sabemos que en muchas ocasiones se puede hacer poco o nada para evitar que se sucedan determinados acontecimientos estresantes, ya que de hecho forman parte de la vida. Sin embargo, sí podemos moderar los efectos perjudiciales que

estos estresores tienen en la calidad de vida de las personas e incluso en el curso de la enfermedad” (Conde, 2014, p.42).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 así como las estrategias de afrontamiento que usan para sobrellevar su padecimiento?

Objetivo general

Identificar cual es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 así como los estilos de afrontamiento que utilizan para sobrellevar su padecimiento.

Objetivos específicos

- 1) Evaluar las diferentes áreas de calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2.
- 2) Identificar qué estilo de afrontamiento es el más empleado por los pacientes con DM tipo 2.
- 3) Identificar qué estilo de afrontamiento favorece más a la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2.
- 4) Analizar si varían los estilos de afrontamiento a distintos años del diagnóstico en pacientes con DM tipo 2.

Hipótesis

1) H1: Se identifica que las áreas más afectadas en la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2 son Función Física y Salud General.

H0: Se identifica que las áreas más afectadas en la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2 NO son Función Física y Salud General.

2) H2: Se identifica que los estilos de afrontamiento en los pacientes con DM tipo 2 más usados son Reevaluación Positiva y Religión.

H0: Se identifica que los estilos de afrontamiento en los pacientes con DM tipo 2 más usados NO son Reevaluación Positiva y Religión.

3) H3: Se identifica que el estilo de afrontamiento de Reevaluación Positiva es el que favorece más la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2.

H0: Se identifica que el estilo de afrontamiento de Reevaluación Positiva es el que NO favorece más la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2.

4) H4: Se identifica que entre más años tras el diagnóstico en los pacientes con DM tipo 2 el estilo de afrontamiento que tiene predominancia es el de Religión.

H0: Se identifica que entre más años tras el diagnóstico en los pacientes con DM tipo 2 el estilo de afrontamiento que NO tiene predominancia es el de Religión.

Variables

1. Calidad de Vida

Definición conceptual: implica una evaluación global que un sujeto se hace en su vida en base a sus características personales, es decir, lo demográfico, sus valores, y su personalidad; y en factores externos donde se encuentran las enfermedades y su tratamiento.

Definición operacional: Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2 española) (Alonso, 2003, págs. 31-35).

2. Afrontamiento

Definición conceptual: Son todos “*aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como que exceden o desbordan los recursos del individuo*” (Conde, 2014, p.37).

Definición operacional: Evaluado con el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), elaborado por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot en 2003, págs. 52-53.

Instrumentos

→ Calidad de vida

El Cuestionario SF-36 es un instrumento de muchos que tiene la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más evaluados y utilizados, desarrollado a principios de los 90's en Estados Unidos para el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), este instrumento es una escala genérica que proporciona una perfil del estado de salud, este puede ser aplicado a pacientes

como a la población general para evaluar la calidad de vida y comparar la carga de diversas enfermedades. Compuesto por 36 ítems (preguntas) que valoran los estados tanto negativos como positivos de la salud, este cubre 8 escalas que representan los conceptos de la salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de la salud, también aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Estas 8 escalas son:

- Función Física (10 ítems: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j)
- Rol Físico (4 ítems: 4a, 4b, 4c y 4d)
- Dolor Corporal (2 ítems: 7 y 8)
- Salud General (5 ítems: 1, 11a, 11b, 11c y 11d)
- Vitalidad (4 ítems: 9a, 9e, 9g y 9i)
- Función Social (2 ítems: 6 y 10)
- Rol Emocional (3 ítems: 5a, 5b y 5c)
- Salud Mental (5 ítems: 9b, 9c, 9d, 9f y 9h)
- Ítem Adicionado que no forma parte de ninguna dimensión ya que solo mide el cambio de la salud en el tiempo: Evolución Declarada de la Salud (1 ítem: 2)

Para sacar su punto de corte primero se debe tener en cuenta la obtención de las puntuaciones crudas tanto mínimas y máximas posibles así como su máximo recorrido posible de la puntuación cruda.

Sección	Puntuaciones crudas tanto mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda.
Función Física	10, 30	20
Rol Físico	4, 8	4
Dolor Corporal	2, 12	10
Salud General	5, 25	20
Vitalidad	4, 24	20
Función Social	2, 10	8
Rol Emocional	3, 6	3
Salud	5, 30	25

Después de obtener los resultados en crudo de cada sección se hace la transformación con la siguiente fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = \left[\frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

“...tiene las siguientes características métricas: las preguntas o ítems que se respondieron con 3 opciones de respuestas, se puntuaron con los valores 0-50-100; las que tuvieron 5 opciones de respuestas: 0-25-50-75-100; con 6 opciones de respuestas: 0-20-40-60-80-100” (Trujillo, Román, Lombard, Remior, Arredondo, Martínez, Jova, Revueltas y Valdivieso, 2014, p.64). Una vez transformadas y dentro de una escala de 0-100, su punto de corte está ubicado en 50, donde los valores positivos y negativos de salud están ubicados los mejores están cercanos a 100 y los peores cercanos a 0.

Liga del instrumento. P.p. 31-35: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf

→ Afrontamiento

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), elaborado por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot en 2003; cuya estructura contiene 42 ítems medidos en una escala tipo Likert de valor ascendente con respuestas desde 0 (nunca) – 4 (Casi siempre), estos ítems abarcan 7 estilos los cuales permiten conocer las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, estas estrategias están intercaladas entre las estrategias centradas al problema y las estrategias centradas en la emoción. Estos estilos son:

1. Focalizado en la solución del problema (6 ítems: 1, 8, 15, 22, 29 y 36).
2. Auto focalización negativa (6 ítems: 2, 9, 16, 23, 30 y 37).
3. Reevaluación positiva (6 ítems: 3, 10, 17, 24, 31 y 38).
4. Expresión emocional abierta (6 ítems: 4, 11, 18, 25, 32 y 39).
5. Evitación (6 ítems: 5, 12, 19, 26, 33 y 40).
6. Búsqueda de apoyo social (6 ítems: 6, 13, 20, 27, 34 y 41).
7. Religión (6 ítems: 7, 14, 21, 28, 35 y 42).

Para calificarlos es la sumatoria de los valores obtenidos en cada ítem en su subescala determinada. *“A tal fin, se toman los valores 1 y 3 como puntos de corte para definir las puntuaciones bajas y altas; así, se podría considerar que puntuaciones en la escala de entre 0 a 6 reflejan un empleo de la estrategia de baja frecuencia; entre 7 y 18, de frecuencia intermedia, y entre 19 y 24, de alta frecuencia. Con base en estos valores de interpretación y medidas de las escalas, se juzga si una estrategia es dominante (alta frecuencia) o no (baja frecuencia)”* (Moral & Martínez, 2009, p.192).

Liga del instrumento P.p 52-53: <https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/05/03.20031.Sandin-Chorot.pdf>

Población

La muestra poblacional comprenderá de 26 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 y por razones de pandemia por COVID-19 no se podrá acercarse directamente a estas personas.

- Criterios de inclusión: estar en el rango de edad de 40-65 estar actualmente diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, sexo indistinto, tener mínimo 1 año de diagnosticado.
- Criterios de exclusión: menores de edad, personas con cualquier otro tipo de diabetes mellitus, no estar en el rango de edad de 40-65, tener menos de 1 año diagnosticado.

Escenario

Puesto que por problemas de contingencia ambiental por COVID-19 no se podrá aplicar de forma física los instrumentos para la presente investigación, se hará vía online, contactándose con familiares, amigos, y redes sociales para que se cumpla el total de participantes (meta original 100 personas, para este estudio 26 personas) requeridos para este estudio, los instrumento se aplicarán por formato digital en google form.

Diseño de investigación

El método de investigación que seguirá el presente estudio será de corte cuantitativo, puesto que *“Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías”* (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.4).

En cuanto al diseño, será de tipo no experimental, ya que, no se manipularán de ninguna forma las variables, y transversal, este último estudio, *“recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”* (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.154). Por consiguiente en la presente investigación se hará la aplicación de los instrumentos en una sola ocasión.

Será un estudio de campo correlacional, puesto que *“Describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto”* (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.158).

Procedimiento

- I. Puesto que no se podrá tener acceso a las personas físicamente por la pandemia de COVID-19, se hará una solicitud de ayuda en redes sociales en apoyo de amigos, vecinos y familiares para el llenado del formato de los instrumentos previamente cargados en formato digital y con su consentimiento informado para esta investigación.
- II. Una vez que se cumpla la meta de las personas requeridas para la investigación se procederá a hacer la revisión, calificación, clasificación y las gráficas requeridas para su análisis.
- III. Por último se interpretarán los resultados, las gráficas viendo cuáles hipótesis se cumplieron, si las nulas o las alternas.

Análisis de datos

Se procederá al análisis descriptivo de los datos para un grupo para las hipótesis 1 y 2. Se realizará estadística descriptiva con media y desviación estándar para las variables calidad de vida y afrontamiento. Para ello se usarán las pruebas de Ji cuadrada o la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov.

En cuanto a la correlación de la hipótesis 3 y 4 para muestras independientes se de 2 variables se usarán la prueba T de Student o U Mann Whitney.

Objetivo	Hipótesis	Tipo de análisis	Prueba paramétrica
Evaluar las diferentes áreas de calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2	Se identifica que las áreas más afectadas en la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2 son Función Física y Salud General.	Estadística descriptiva.	Ji cuadrada o la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov.
	Se identifica que las áreas más afectadas en la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2 NO son Función Física y Salud General.		
Identificar qué tipo de afrontamiento es el más empleado por los pacientes con DM tipo 2.	Se identifica que los estilos de afrontamiento en los pacientes con DM tipo 2 más usados son Reevaluación Positiva y Religión.	Estadística descriptiva	Ji cuadrada o la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov.
	Se identifica que los estilos de afrontamiento en los pacientes con DM tipo 2 más usados NO son Reevaluación Positiva y Religión.		
Identificar qué tipo de afrontamiento favorece más la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2.	Se identifica que el estilo de afrontamiento de Reevaluación Positiva es el que favorece más la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2.	Rangos de comparación y análisis de diferencias para muestras independientes de 2 variables.	T de Student o U Mann Whitney

	Se identifica que el estilo de afrontamiento de Reevaluación Positiva es el que NO favorece más la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2.		
Analizar si varían los tipos de afrontamiento a distintos años del diagnóstico en pacientes con DM tipo 2.	Se identifica que entre más años tras el diagnóstico en los pacientes con DM tipo 2 el estilo de afrontamiento que tiene predominancia es el de Religión.	Rangos de comparación y análisis de diferencias para muestras independientes de 2 variables.	T de Student o U Mann Whitney
	Se identifica que entre más años tras el diagnóstico en los pacientes con DM tipo 2 el estilo de afrontamiento que NO tiene predominancia es el de Religión.		

Consideraciones éticas

En base a los apartados que se manejan dentro del código de ética de las y los psicólogos mexicanos y del Código ético del psicólogo los cuales proporcionan un acumulado de valores en donde los psicólogos basan su trabajo profesional y científico, éstos deberán adaptarse a las reglas y principios generales, siendo salvaguardas encargados de proteger el bienestar y los derechos de las comunidades o personas cuyas vulnerabilidades puedan ser dañadas.

En cuanto a los artículos en los que se respaldará y guiará la presente investigación serán los siguientes:

“Artículo 55. *El psicólogo no inventa datos ni falsifica los resultados de sus publicaciones. Si el psicólogo descubre errores significativos en sus datos publicados, toma las medidas necesarias para corregirlos en una corrección, retracción, erratum, u otros medios de comunicación apropiados. El psicólogo perito no falsifica los resultados de las evaluaciones que realiza para favorecer a alguna*

de las partes en discordia” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007, p. 63). Esto es con el fin de que los datos y resultados proporcionados sean lo más reales posibles.

“Artículo 59. *El profesional de la psicología tiene que evitar atribuirse calificaciones profesionales, méritos científicos o títulos académicos que no posee*” (Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, 2018, p.39). Puesto que se les aclarará que es una investigación para la obtención del título como profesional en Licenciatura.

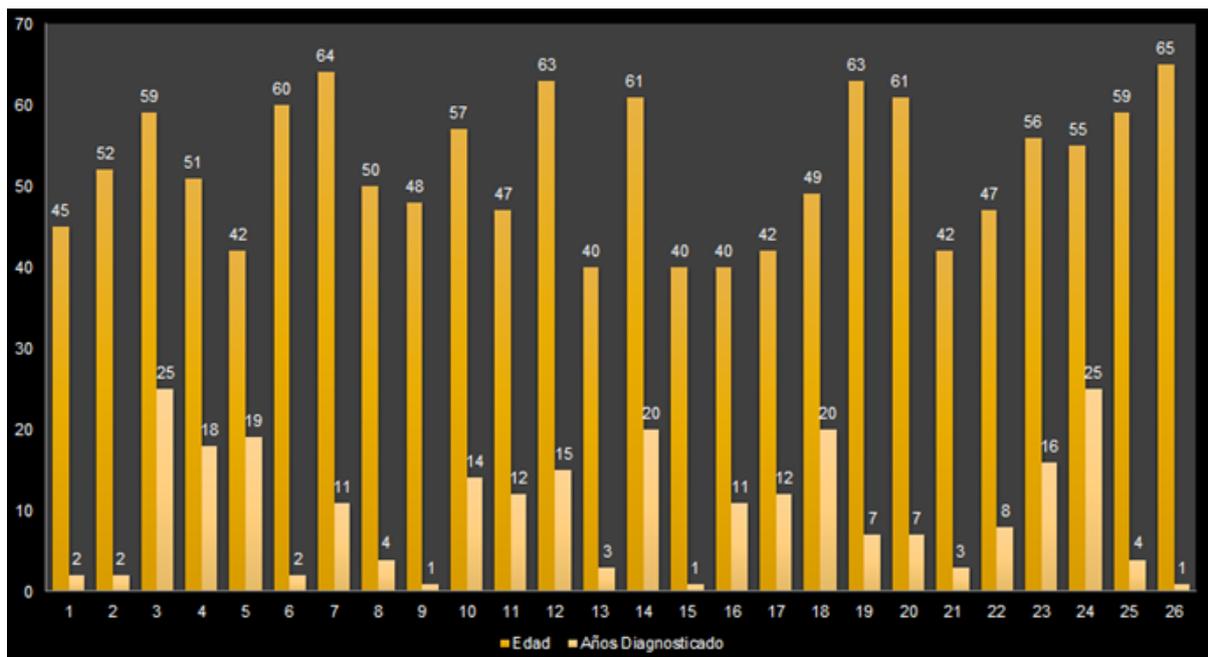
“Artículo 94. *Después de haber tomado la decisión de colaborar en la línea de la investigación, el profesional de la psicología debe llevar este ejercicio con respeto, siempre interesado por la dignidad y el bienestar de los sujetos que participen*” (FENAPSIME, 2018, p.45). Esto se hará salvaguardando la identidad (nombre) de los participantes, así como sus resultados individuales.

“Artículo 98. *En las investigaciones y experimentos que requieran la participación de sujetos humanos, el profesional de la psicología estará obligado a solicitar el consentimiento informado por escrito a los participantes y a exponerles las implicaciones que la participación en el estudio, puedan generar en su persona y su salud*” (FENAPSIME, 2018, p.46). Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se trabajará con consentimientos informados, que procurarán respetar al participante así mismo proteger la información proporcionada. De igual forma se notificará a los participantes que su información será usada exclusivamente con fines académicos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con la colaboración de 26 personas se pudo determinar y llevar a cabo el proceso de investigación para la presente investigación dentro de los márgenes solicitados por los reglamentos, los participantes tenían un mínimo de 1 años de diagnóstico con DM tipo 2 y con un rango de edad de 40 a 65 años, teniendo como el máximo de diagnóstico los 25 años con DM tipo 2 (Figura 1).

Figura 1. Muestra el total de participantes, así como su edad y sus años de diagnóstico.



Observando la Figura 1, se marca que del total de las 26 personas 1 tuvo 65 años y solo tiene 1 año de diagnóstico, comparándola con 3 personas que tienen 40 años de edad y el mínimo de diagnóstico es 1 año, esto quiere decir que hay más personas “jóvenes” que están siendo diagnosticadas con DM tipo 2, esto también puede inferirse que se debe por la contingencia ambiental de COVID-19, y por los cambios que se han estado dando.

Antes de pasar al análisis del instrumento Cuestionario SF-36 para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es importante el establecer la forma en la que se interpretan los resultados que arroja el mismo, para este instrumento, ya que se debe tener en cuenta que hay algunos ítems que se invierte el valor, entre los que están el ítem 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b y 11d. Una vez ajustados, se deberán transformar los valores crudos con la fórmula antes mencionada, una vez

Lo que marca la Figura 2 es como cada individuo tiene o siente su calidad de vida, por ejemplo, si se revisa el caso del participante 1 y teniendo en cuenta la escala de 0-100, se puede observar que su función física y el rol físico, no le afecta el tener DM tipo 2, en lo que se observa con el dolor corporal y el rol emocional son las que más le afectan al participante 1.

Como primer objetivo se propuso el “Evaluar las diferentes áreas de calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2” y como hipótesis se buscó identificar qué área fue la más afectada en la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2, pensando que serán la Función Física y Salud General, para ello se utilizó la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov (K-S), dando lo siguiente:

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Num. Intervalos Sturges	Num. Intervalos Raíz n	Tamaño del Intervalo
Función Física	26	81.7	22.5	20	100	80	5.7	5.1	15.7
SaludGral	26	48.9	15.0	20	77	57	5.7	5.1	11.2

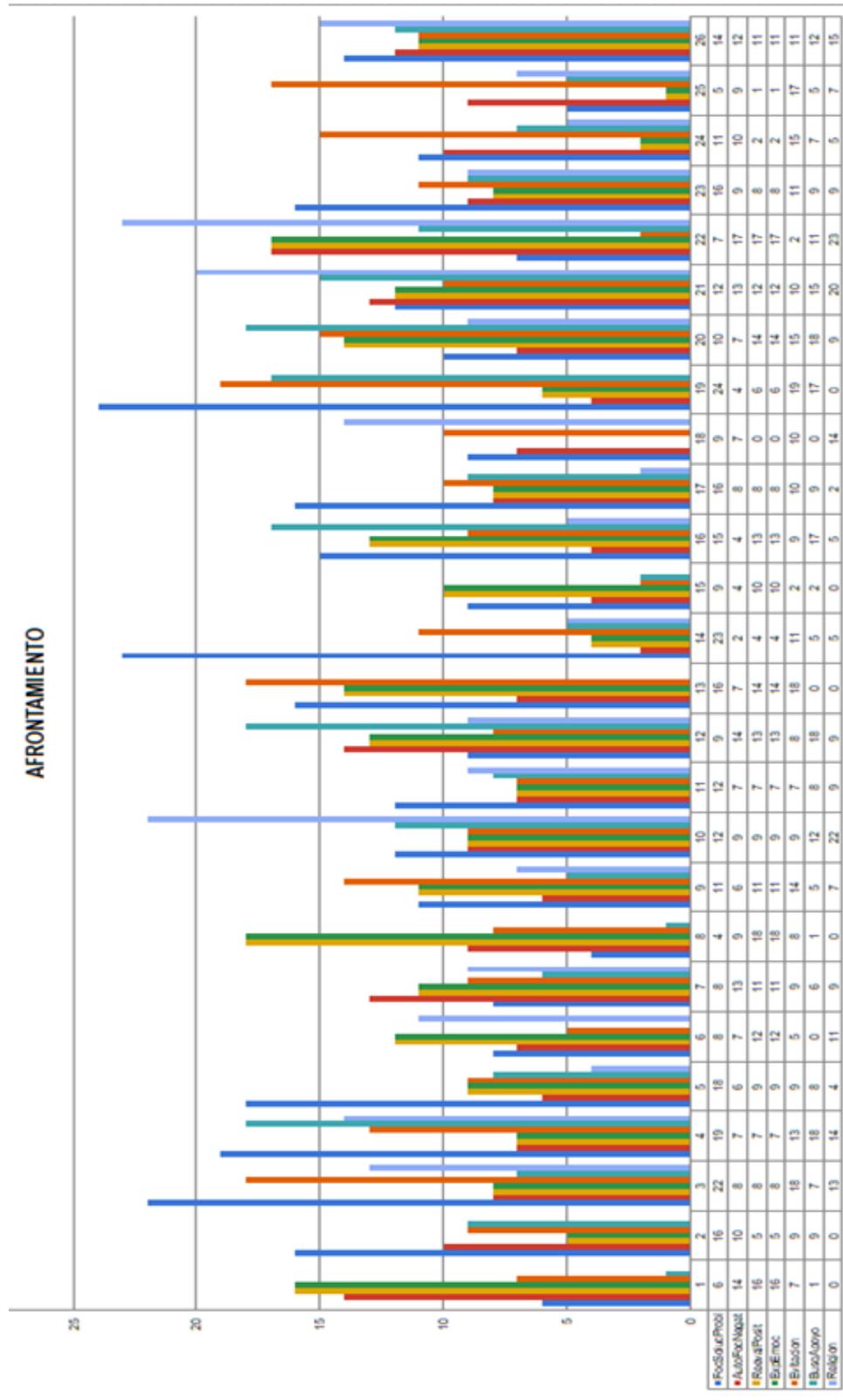
	Intervalos	Lim Inf	Lim Sup	Fo	FOR	FOR ACUM	FER	ABS(FOR ACUM-FER)	Estadístico de Prueba	Estadístico Obtenido de la tabla (teórico)
Función Física	1	20	35.7	1	0.04	0.04	0.20	0.16	0.20	0.27
	2	35.7	51.4	4	0.15	0.19	0.39	0.20		
	3	51.4	67.1	5	0.19	0.38	0.59	0.20	Nivel de Significancia	ACEPTADA
	4	67.1	82.8	9	0.35	0.73	0.78	0.05		
	5	82.8	98.4	10	0.38	1.12	0.98	0.13		
SaludGral	1	20	31.2	3	0.1	0.12	0.20	0.08	Nivel de Significancia	Estadístico de Prueba
	2	31.2	42.4	9	0.3	0.46	0.39	0.07		0.08
	3	42.4	53.5	4	0.2	0.62	0.59	0.03		Estadístico Obtenido de la tabla (teórico)
	4	53.5	64.7	5	0.2	0.81	0.78	0.02		0.27
	5	64.7	75.9	4	0.2	0.96	0.98	0.02		0.05

Teniendo en cuenta únicamente la gráfica anterior (Figura 2) en la mayoría de los casos se ve más afectada la salud general y la función física, y de acuerdo con la prueba de K-S, donde dice que si el valor del estadístico de prueba es menor o igual que el valor del estadístico teórico se acepta la hipótesis, en caso contrario se rechaza, de tal modo que para ambos casos la hipótesis donde se busca ver si dichas áreas de la calidad de vida son las más afectadas, es aceptada.

En cuanto al otro instrumento que es el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), medidos en una escala tipo Likert de valor ascendente con respuestas desde 0 (nunca) y 4 (Casi siempre), donde se toman el 1 y 3 como puntos de corte, donde se pueden revisar que entre 0 a 6 reflejan una estrategia de baja frecuencia; entre 7

a 18, de una frecuencia intermedia, y entre 19 a 24, serán de alta frecuencia (Figura 3).

Figura 3. Gráfica de puntuaciones en cada estilo de afrontamiento para cada participante.



Lo que marca la Figura 3 es como cada individuo usa los diferentes estilos de afrontamiento, por ejemplo, si se revisa el caso del participante 25 y teniendo en cuenta la escala de frecuencia que anteriormente se describió, se puede observar que su Reevaluación Positiva y Expresión Emocional tienen una baja frecuencia en cuanto a la Evitación es la que tiene una frecuencia intermedia, esto es decir que evita hablar, o temas relacionados con su DM tipo 2, observándose de forma general que los estilos más usados son el Focalizado en la solución del problema, la Reevaluación positiva y la Religión y los menos usados son la Búsqueda de Apoyo y la Auto focalización negativa, por mencionar algunos.

Como segundo objetivo se dispuso a “identificar qué tipo de afrontamiento es el más empleado por los pacientes con DM tipo 2”, donde su hipótesis se tiene que identificar si los estilos de afrontamiento en los pacientes con DM tipo 2 más usados son Reevaluación Positiva y Religión, usándose la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov (K-S), dando lo siguiente:

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Núm. Intervalos Sturges	Núm. Intervalos Raíz n	Tamaño del Intervalo
Reevaluación Positiva	26	13.19	3.58	5	24	19	5.7	5.1	3.7
Religion	26	8.15	6.90	0	23	23	5.7	5.1	4.5

	Intervalos	Lim Inf	Lim Sup	Fo	FOR	FOR ACUM	FER	ABS(FOR ACUM-FER)	Estadístico de Prueba	Estadístico Obtenido de la tabla (teórico)
Reevaluación Positiva	1	5	8.7	3	0.12	0.12	0.20	0.08	0.40	0.27
	2	8.7	12.5	3	0.12	0.23	0.39	0.16		Nivel de Significancia
	3	12.5	16.2	3	0.12	0.35	0.59	0.24		0,05
	4	16.2	19.9	3	0.12	0.46	0.78	0.32		RECHAZADA
	5	19.9	23.6	3	0.12	0.58	0.98	0.40		
Religión	1	0	4.5	8	0.31	0.31	0.20	0.11	0.56	0.27
	2	4.5	9.0	8	0.31	0.62	0.39	0.22		Nivel de Significancia
	3	9.0	13.5	8	0.31	0.92	0.59	0.33		0,05
	4	13.5	18.0	8	0.31	1.23	0.78	0.45		RECHAZADA
	5	18.0	22.6	8	0.31	1.54	0.98	0.56		

Teniendo en cuenta únicamente la gráfica anterior (Figura 3) en la mayoría de los casos se observa que el estilo menos usado es la Religión, Búsqueda de Apoyo, y de acuerdo con la prueba de K-S, que dice: si el valor del estadístico de prueba es menor o igual que el valor del estadístico teórico se acepta la hipótesis, en caso contrario se rechaza, de tal modo que para ambos casos la hipótesis donde se busca ver si dichos estilos de afrontamiento son los más utilizados, se rechaza,

dando a entender que existen otros estilos que son los más usados por los pacientes con DM tipo 2.

Como siguiente objetivo se trató de identificar qué estilo de afrontamiento es el que favorece más a la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2 y su respectiva hipótesis es el identificar si el estilo de afrontamiento de Reevaluación Positiva es el que favorece más la calidad de vida en los pacientes con DM tipo 2 o no, para ello se usará la prueba de T de Student, donde arrojó los siguientes datos:

Estadísticas de muestra única

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Reevaluación Positiva	26	13.19	4.262	.836

Prueba de muestra única

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Reevaluación Positiva	15.785	25	.000	13.192	11.47	14.91

Esto quiere decir que el mejor estilo de afrontamiento para los pacientes con DM tipo 2 es la reevaluación positiva, ya que, con esta el participante analiza la situación no sólo una vez, sino varias veces y de forma racional, por lo tanto este es un estilo de afrontamiento positivo para las personas con cualquier padecimiento; esto se observa en la gráfica de la Figura 3, en donde se puede observar que a pesar de que no son muy altos los valores de la Reevaluación Positiva es una constante en todos los participantes, por lo tanto quiere decir que a pesar de que no es muy utilizada es muy benéfica para la calidad de vida porque muestra una perspectiva diferente a cada participante y su uso con cada uno dependiendo la persona.

Para la última hipótesis consta de identificar si entre más años tras el diagnóstico en los pacientes con DM tipo 2 el tipo de afrontamiento que tiene predominancia es el de Religión; para ello se usará la prueba de T de Student, donde arrojó los siguientes datos:

Estadísticas de muestra única

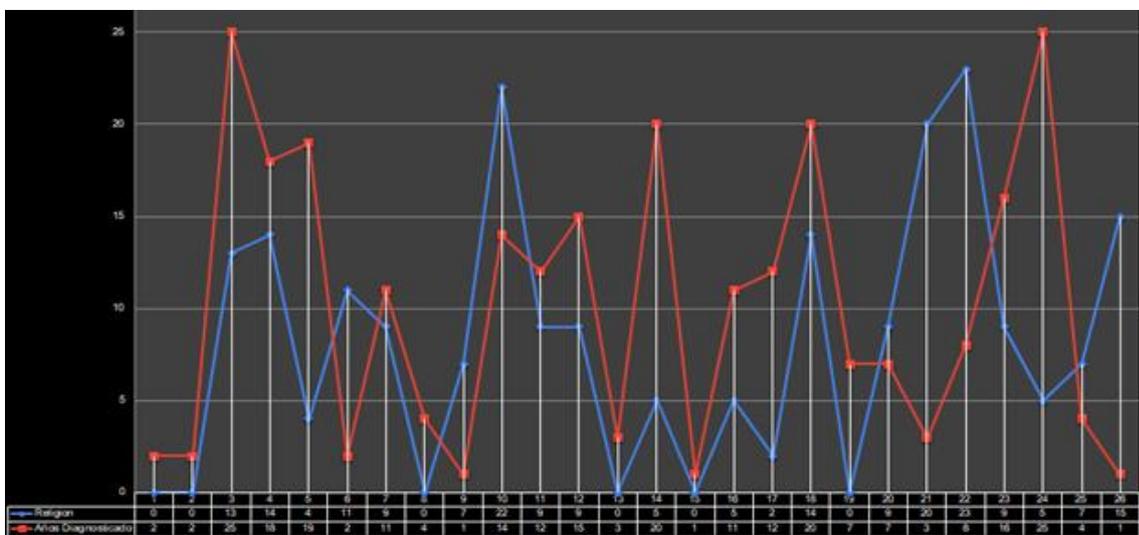
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Religión	26	8.15	6.897	1.353

Prueba de muestra única

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Religión	6.028	25	.000	8.154	5.37	10.94

Esto quiere decir que los pacientes con DM tipo 2 entre más años tras su diagnóstico es menos probable que hagan uso del estilo de afrontamiento religioso, esto se puede deber a que el participante tenga o no religión, como se muestra en la Figura 4, donde el resultado de esta hipótesis es que entre más años tras el diagnóstico son menos los participantes que usan este estilo, y si tienen muy pocos años diagnosticados de igual manera no suelen usar este estilo de afrontamiento a pesar de que es un estilo de afrontamiento positivo, los que parecen usarla más son los que están ubicados en años intermedios, ya que los participantes encuentran apoyo y bienestar en este tipo de ayuda.

Figura 4. Gráfica de puntuaciones del estilo religión contra los años tras ser diagnosticado con DM tipo 2 para cada participante.



DISCUSIÓN

Al hacer el recuento de las edades de los participantes se puede reafirmar lo que se expresa en la teoría con respecto a la Diabetes Mellitus tipo 2, donde dice que aparece en adultos de mediana edad, aproximadamente entre los 40 a 65 años, a pesar de que también puede estar presente en edades más tempranas, pero la edad que se tuvo en cuenta fue la de 40 a 65 años de edad, descartando cualquier tipo de Diabetes Mellitus, así mismo se consideró que no importa el sexo de los participantes

Teniendo en cuenta que esta investigación tuvo 2 hipótesis que se rechazaron no quiere decir que esté mal, sino que se deben replantear estas hipótesis rechazadas. En cuanto a los instrumentos usados, fueron el Cuestionario SF-36 este es un instrumento de muchos, que tiene la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), este puede ser aplicado para cualquier tipo de enfermedad, este proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente.

El segundo instrumento es el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), este nos proporciona una visión de que estilo de afrontamiento utiliza con mayor frecuencia el paciente y cuál es el que menos utiliza, como afronta sus problemas o las situaciones que por muy difíciles que le parezcan debe tener otra perspectiva; en cuanto a la investigación el estilo que tienen más predominio en el total de la muestra es el de Focalizado en la solución del problema, esto es que los participantes están centrados en intentar encontrar la solución de problema, en este caso es el buscar la solución a su padecimiento de DM tipo 2.

Por otra parte se puede observar en la Figura 2, se puede decir que ninguno de los participantes tiene una calidad de vida satisfactoria y se puede deducir que es a causa de su propia enfermedad y por la contingencia del COVID-19, ya que, todos los participantes fueron personas adultas con un enfermedad crónica degenerativa, y que están propensos a contagiarse de COVID-19, aunado a su estatus económico, su rol dentro de su familia, esto puede originar una insatisfacción mayor al ver tanta noticia sobre la contingencia que en estos últimos años se ha dado.

CONCLUSIONES

- Se logró determinar cuáles fueron las categorías en el cuestionario SF-16 en las que se tiene mayor influencia para cada participante que accedió a responder el cuestionario de forma virtual por motivos de la contingencia que nuestra sociedad está pasando.
- A pesar de que en un inicio se tenía como meta que respondieran 100 personas de sexo indistinto en un rango de 40-65 años de edad por falta de interés de parte de las personas en responder o participar en dicho cuestionario se optó en recortarlo a solamente 26 participantes.
- En el segundo instrumento que fue el cuestionario de afrontamiento para el estrés (CAE) se encontró que la mayoría de los participantes centran buscar una solución a su problema en este caso su problema inmediato es su enfermedad crónico-degenerativa DM tipo 2.
- De forma general los pacientes con DM tipo 2, pueden sentirse con miedo al enterarse por primera vez de este diagnóstico, pasándola muy mal en su primer año, pero, todo esto depende también de la forma en que cada individuo se enfoca y supera su nuevo cambio de vida. En base a los textos que se han citado se puede decir que muchos de los pacientes con DM tipo 2 se deprimen al enterarse de su padecimiento, y en otros con ayuda de su familia logran superar su enfermedad, brindándoles formas positivas para afrontar su nueva forma de enfrentar su existencia.

Las limitaciones que se encontraron al realizar esta investigación fueron la casi inexistencia de participación por parte de los sujetos en el rango de prueba. De la misma manera otra limitante es la misma enfermedad porque afecta cada vez más a los habitantes nuestro país y del mundo, y es necesario tomar conciencia de las repercusiones que tiene esta enfermedad, que en ocasiones pasa desapercibida a causa del malestar, los síntomas y consecuencias que no se perciben hasta que es demasiado tarde, causando un gran impacto en su calidad y estilo de vida, tanto para el participante como para las personas que lo rodean. Por último para futuras intervenciones de este tipo y que se utilicen estos mismos cuestionarios se recomienda una muestra más grande y que se aplique tanto de forma virtual como física si la contingencia en algún momento se supera.

Referencias:

- Alonso, J. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)*. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Recuperado de: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2). P.p. 161-164. ISSN: 0120-0534. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80535203>
- Benítez, I. (2017). *Estrategias de Afrontamiento ante la Diabetes Mellitus en Adultos mayores*. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. P.p. 27-39. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrca/2017/05/42/Benitez-Ilona.pdf>
- Castro, G., Rodríguez, I. & Ramos, R. (2005). Intervención Psicológica en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 2(2). P.p. 147-150. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788205.pdf>
- Conde, A. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. España. P.p. 33-52. Recuperado de: [http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37194/Tesis%20doctoral%20\(Ana%20G-C\).pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37194/Tesis%20doctoral%20(Ana%20G-C).pdf?sequence=1)
- Di-Colloredo, C., Aparicio, D. & Moreno, J. (2007). Descripción de los Estilos de Afrontamiento en Hombres y Mujeres ante la Situación de Desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2) P.p. 125-156. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C. (FENAPSIME). (2018). *Código de ética de las y los psicólogos mexicanos*. P.p. 39, 45-46. Recuperado de: <http://www.fenapsime.org.mx/download/codet.pdf>
- Gómez, I. (2018). *Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. P.p. 8. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behavior in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(1), 5-13.

Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. 6ta Edición. P.p. 4, 151, 154 Recuperado de: <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A0cd9041f-ea35-4ca8-b137-6bfcef25839c#pageNum=37>

Instantáneas. (2003). Asociación entre la edad del diagnóstico de diabetes tipo 2 y la gravedad del trastorno. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(6). P.p. 432-435. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v14n6/434-435/es>

Mehta, R., Del Moral, M. & Aguilar, C. (2010). Epidemiología de la diabetes en el anciano. *Revista de Investigación Clínica*, 62(4). P.p. 305-311. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104e.pdf>

Moral, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2). P.p.189-196. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29111986003.pdf>

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. En *Av. Psicol.* 16 (1). P.p. 32-33. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Pérez, M., de Godoy, S., Mazzo, A., Nogueira, P., Trevizan, M. & Costa, I. (2013). Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enfermería Global*, 12(1). P.p. 43-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834848003>

Portilla, L., Romero, M. & Román, J. (1991). *El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2) 199-205. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523203>

Rodríguez, M., & García, J. (Junio de 2011). El Modelo Psicológico de la Salud y la Diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2). P.p. 210-222. Disponible en:

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>

Romero, I., dos Santos, M., Martins, T. & Zanetti, M. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf

- Samaniego, R. (2006). *Estrategias de Afrontamiento y su relación con el autocuidado en personas adultas con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Monterrey, N. L. P.p.142-143. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/5586/1/1020154706.PDF>
- Sandín, B. & Chorot, P. (2002). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1). P.p. 39-54. Recuperado de: <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/03.20031.Sandin-Chorot.pdf>
- Servicios Psicológicos Integrales de México (SEPIMEX). (2015, 06 de Enero). Calidad de Vida y Salud. Recuperado de: <https://sepimex.wordpress.com/2015/01/06/calidad-de-vida-y-salud/>
- Sistema Nacional de Encuestas de Salud (2012). Encuesta Nacional Salud y Nutrición. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. 4ª ed. México: Trillas. P.p. 63. Recuperado de: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SM_P.pdf
- Trujillo, W., Román, J., Lombard, A., Remior, E., Arredondo, O., Martínez, E., Jova, Y., Revueltas, M. & Valdivieso, J. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1). P.p. 62-70. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>
- Vásquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. Recuperado de: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2). P.p. 135-150. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es