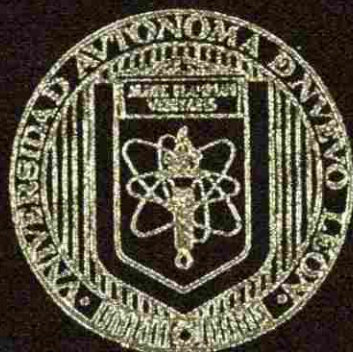


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACION CON EL
AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2.

TESIS COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA
EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD.

PRESENTA

RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY
DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

MONTERREY, NUEVO LEON

JUNIO DEL 2006

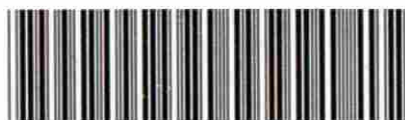
TM

Z7201

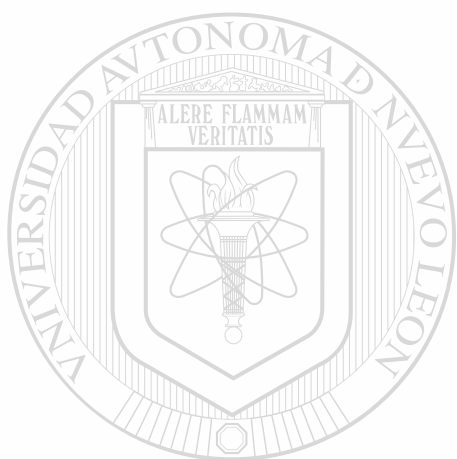
FPS

2006

.S237



1020154706



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



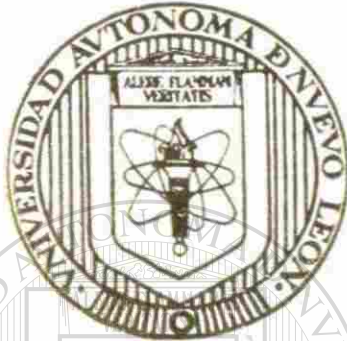
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN
PSICOLOGIA DE LA SALUD



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACION CON EL
AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
TESIS COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA
EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD. ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PRESENTA

RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY
DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

MONTERREY, NUEVO LEON

JUNIO DEL 2006

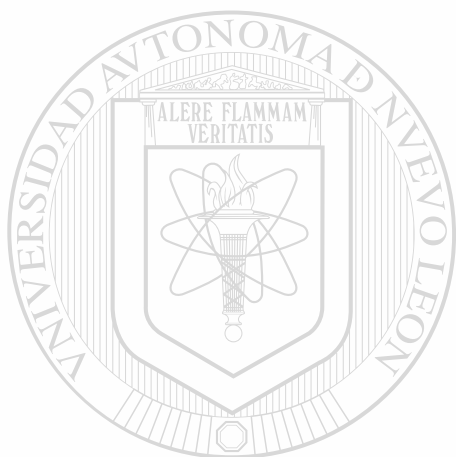
TM
Z7201

FPs
2006
.5237



FONDO
TESIS

1020991



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON OPCIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD



TESIS

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL
AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Como Requisito para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias con
Opción en **Psicología de la Salud.**

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Presenta:

RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY.

DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ
Director de Tesis

Monterrey, N. L. Junio del 2006.



LIC. RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY
PRESENTE.-

Por medio de la presente nos dirigimos a Usted para informarle que después de revisar su trabajo de Tesis titulada "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACION CON EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"

hemos resuelto hacerle saber que ha sido ACEPTADA para que usted pueda presentar su Examen de Grado con la intención de titularse de la Maestría en CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

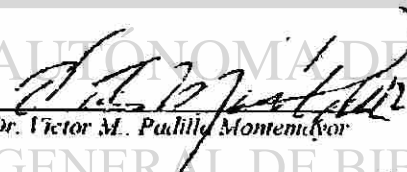
Le deseamos el mayor de los éxitos en la meta que se ha propuesto.


Sin otro particular por el momento, nos despedimos de Usted.


Atentamente
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

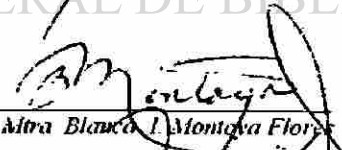
Monterrey, N. L., a 06 de junio del 2006
COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRÍAS Y ESPECIALIDADES DE POSGRADO



Dr. Javier Andrés Bermúdez


Dr. Víctor M. Padilla Montemayor


Mtro. Enrique García García


Dra. Ma. Concepción Rodríguez Nieto


Mtra. Blanca I. Montoya Flores


Mtro. Eduardo Leal Beltrán


Mtro. Juan Carlos Rubio Sosa

DEDICATORIAS

EN EL CAMINO APRENDI...

Que llegar alto no es crecer,
y que la humildad no es sumisión.
Que el éxito no es para los que piensan que
pueden hacer algo sino para quienes lo hacen.
Que cuando van mal las cosas,
y en el camino haya cuevas que subir,
es preciso sonreír,... aún teniendo que llorar.
Y descansar acaso, pero nunca desistir.

Anónimo

A MI ESPOSA:

Por mirar juntos en la misma dirección y acompañarme
en las más grandes hazañas y también realizarlas.
Por permitirme crecer y mejorar juntos ante la adversidad.

Por brindarme esperanza en la desesperación.
Gracias por su amor, paciencia e inteligencia.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A MIS PADRES:

Por otorgarme con su esfuerzo, lucha y
dedicación una importante herramienta
para la vida: El estudio. Correspondo
con mí mas sincero agradecimiento de
que me hayan proporcionado esa
invaluable herramienta.

AGRADECIMENTOS

"Ayer Soñé que Podía y Hoy Puedo..."
(Facundo Cabral)

A mis Hermanos:

Por sus interminables e incondicionales muestras de aliento expresadas durante este tiempo y su atención a las actividades realizadas para alcanzar la meta trazada..

A mis Amigos:

Al Dr. Javier Álvarez, al Mtro. Juan Martínez, al Mtro. Enrique García, al Mtro. Arnoldo Téllez, al Dr. José Moral, al Dr. Víctor Padilla, al Mtro. Felipe Correa, por ser importantes ejemplos de disciplina, tenacidad, dedicación, esfuerzo y pasión por el trabajo. Por su invaluable apoyo, atención y confianza expresados durante este tiempo y permitirme lograr la consecución de mis metas y objetivos. Mi más sincera gratitud a todos y cada uno de ellos.

A mis Compañeros y Maestros:

Por él permitirme compartir con ellos nuevos retos, experiencias en la búsqueda de adquirir nuevos conocimientos y habilidades en beneficio de nuestra formación académica y profesional.

Estrategias de Afrontamiento y su Relación con el Autocuidado en Personas Adultas con Diabetes Mellitus tipo 2.

Rafael Armando Samaniego Garay¹ y Javier Álvarez Bermúdez ²

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de psicología
Maestría en Ciencias con opción en
Psicología de la Salud

RESUMEN

Actualmente la diabetes mellitus tipo 2 es un importante problema de salud pública nacional, por su impacto en las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de la población mexicana, y por sus efectos negativos en el paciente, su familia y el sistema de salud. En las personas con diabetes mellitus se presentan aspectos psicosociales como las estrategias de afrontamiento y el autocuidado que pueden llegar a determinar de una manera benéfica o adversa el control de la enfermedad. El objetivo del estudio fue conocer, tanto la relación de las estrategias de afrontamiento con las actividades de autocuidado como su proceso en ambos géneros. Se emplearon los Cuestionarios de Afrontamiento del Estrés (Sandin B y Chorot P., 2002) y el de Actividades de Autocuidado (Glasgow R. y Toobert D., 2000) El tipo de muestreo fue no probabilístico, la muestra fue de personas adultas con diabetes tipo 2 en un rango de edad de entre 40 y 65 años que asistieron a sus consultas al Hospital Universitario de la U.A.N.L en la Cd. de Monterrey N. L. Se trató de un estudio descriptivo-correlacional. En los resultados se encontró una relación parcial entre las estrategias de afrontamiento y las actividades de autocuidado, y también diferencias entre ambos géneros con relación a estos dos aspectos.

Palabras claves: Afrontamiento, Autocuidado y Diabetes Mellitus tipo 2.

Correo Electrónico ¹ psicsalud@gmail.com y ² jabnl/jabnl@yahoo.com.mx

ÍNDICE

CAPÍTULO I PAGINA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes	1
1.2 Definición del problema	9
1.3 Preguntas de investigación	10
1.4 Justificación del estudio	10
1.5 Objetivos generales	14

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Afrontamiento	15
2.1.1 Estrategias de afrontamiento: Centradas en el problema y Centradas en la emoción	18
2.2 Autocuidado	23
2.2.1 Requisitos de autocuidado	27
2.2.2 Actividades de autocuidado y Déficit de autocuidado	28
2.2.3 Hipótesis	33

CAPÍTULO III

III. MÉTODO

3.1 Muestra	33
3.1.1 Diseño del estudio	34
3.1.2 Instrumentos de medición	34
3.1.3 Variables	36
3.2 Procedimiento	37
3.2.2 Análisis estadístico	37
3.2.3 Aspectos éticos	38

CAPÍTULO IV

IV RESULTADOS

4.1	Introducción	39
4.2	Descripción de la muestra	40
4.3	Análisis y descripción de los resultados	52
4.4	Correlación de afrontamiento y autocuidado	75
4.5	t de student para Afrontamiento de personas adultas con diabetes	79
4.5.1	t de student para Autocuidado en personas adultas con diabetes	89

CAPÍTULO V

V. INTERPRETACIÓN (DISCUSIÓN)

5.1	Interpretación de los resultados	94
5.2	Limitaciones	104

CAPÍTULO VI

VI CONCLUSIONES

6.1	Logro de objetivos y resultados en relación a las hipótesis	105
6.2	Recomendaciones	112

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
-----------------------------------	------------

APÉNDICE I

- Carta de invitación del paciente.
- Formato de consentimiento informado al paciente.

APÉNDICE II

- Cedula de entrevista.
- Cuestionario de Afrontamiento.
- Cuestionario de autocuidado

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

La evolución y aumento que en nuestro país ha tenido la diabetes Mellitus tipo 2 desde 1940 a la fecha ha sido motivo de numerosos estudios, análisis, e investigaciones desde muy diversas perspectivas, enfoques, disciplinas, y/o áreas, sobre todo de aquellas que son del área médica y de la salud (Gallar, 2001, Álvarez 2002, Sandín 1995, Rodríguez J. 2001, Fierro y Jiménez, 1999), donde el reconocimiento de que existe una importante asociación entre factores psicológicos y enfermedades, No es un hecho reciente o una preocupación que haya surgido en los tiempos actuales, pero que sin embargo, tan solo en los últimos años se ha convertido en motivo de interés para un gran número de profesionales de diversas áreas, cuyas investigaciones proponen respuestas a las preguntas planteadas respecto al origen y desarrollo de diversas enfermedades, siendo las más comunes: Cáncer, asma, artritis y la que nos interesa: La diabetes mellitus.

Desde la disciplina de la psicología y concretamente en la sub disciplina de la psicología de la salud también se han generado explicaciones biopsicosociales de las causas y desarrollo de este tipo de enfermedades, hasta el cómo generar acciones conjuntas con especialistas del área de la salud para su tratamiento. Como se puede observar en la literatura revisada, existen numerosas investigaciones dirigidas al estudio de la enfermedad crónica, donde hay un amplio consenso sobre las repercusiones psicológicas que ocasiona el estar afectado por una enfermedad como la diabetes mellitus y sobre el impacto producto de estos padecimientos, coincidiendo en afirmar que los efectos psicológicos más frecuentes se dan en las áreas emocional y social (De la fuente 2002, Velasco y Sinibaldi 2001, Buela-Casal y Cabalo 1996, Álvarez 2002, Buendía 1999, Lazarus y Folkman 1991, López de roda A., 1997, Zarate A , 1997, Sarason I y Sarason B , 1996, Pacheco P , 2004, Rolland, J., 2000).

De acuerdo a algunos autores, la diabetes es desencadenada por problemas psicológicos y estrés emocional, además de pérdidas parentales y conflictos familiares, Fisher en 1982 (Citado en Pacheco, P. 2004) Por otro lado, se intentaron encontrar características específicas de quien padece diabetes, lo que dio origen al mito de la personalidad del diabético, y que debido a la falta de apoyo empírico a esta hipótesis, el interés se focalizó en la posibilidad del desarrollo de una personalidad diabética, pero las investigaciones señalan que la persona diabética no es psicológicamente diferente al resto de la población, Portilla y otros en 1991(Citado en Pacheco, P. 2004).

Gran parte de las investigaciones que se han hecho están en función de la influencia de factores tales como: 1.-Problemas físicos asociados a la enfermedad 2 -Las características de la personalidad del afectado 3.- El cómo haya afrontado situaciones estresantes previas 4 -El tipo de recursos sociales que se dispongan Considerando que los factores psicológicos son vistos como predictores del nivel de ajuste o deterioro de los pacientes, Anderson en 1985 (Citado en Pacheco, P. 2004).

Se hace un breve recuento histórico de la investigación de las variables que se han seleccionado para la realización de este estudio: El afrontamiento y el autocuidado Se considera necesario abordar el desarrollo histórico-conceptual del factor de afrontamiento para obtener una visión más clara de este aspecto psicosocial y su relación en cuanto a un proceso de enfermedad, ya que dicho concepto ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica, y actualmente, constituye el centro de toda una serie de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos en los individuos, de acuerdo a la revisión de algunos planteamientos históricos, tradicionales y actuales. El término de afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés de coping skills, y que corresponde con la acción de afrontar, es decir de arrostrar, hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, un agente o acontecimiento estresante, Moliner en 1988 (Citado en Rodríguez, J , 2001).

Cabe mencionar que no hay una definición comúnmente aceptada, sino definiciones muy diversas, que varían desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo y de interacción social. De acuerdo a los planteamientos históricos y tradicionales se encuentra que el concepto de afrontamiento estaba presente en dos clases de literatura teórica empírica muy distintas: una, se deriva de la experimentación con animales, en la cual se definía como "Aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto el grado de perturbación psicofisiológica producida por esta" apoyando esta definición algunos autores como N. E. Miller, Ursin en 1980 (Citado en Lazarus, R. y Folkman, S.1991). Y la otra clase de literatura donde se encuentra el concepto de afrontamiento, es en la teoría psicoanalítica del ego, que se define como "El conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés." Apoyando esta definición están algunos autores como Mennigerer 1963, Hann en 1977, y Valliant en 1977 (Citado en Lazarus, R. y Folkman, S.1991). Observándose una serie de vacíos e inconsistencias en cuanto a las dos vertientes antes mencionadas.

En contraparte a los planteamientos tradicionales mencionados, la mayoría de los investigadores definen el afrontamiento en apego a la perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman, los cuales lo definen como: "El conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984).

Se habla de afrontamiento refiriéndose al proceso del estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores (Rodríguez Marín, 2001 López-Roig y Pastor, 1990) De tal forma que en la historia reciente los trabajos y estudios enfocados a la explicación del afrontamiento en procesos de enfermedad han estado enfocados a la descripción de este factor tanto en lo individual, en lo social y grupal, aumentando de manera considerable (Pérez-Álvarez 1993, Leventhal, 2001, Bishop 1994, Peralta G y Figuerola D., 2003).

En lo referente a las estrategias de afrontar, las estrategias focalizadas en la emoción se han asociado con un pobre ajuste a la enfermedad, con un estado emocional negativo, baja autoestima y altos niveles de depresión. Reflejando que el curso de la enfermedad y la adherencia al tratamiento no es la adecuada; Contrastando con personas que emplean estrategias focalizadas en el problema, asociándose estas estrategias consistentemente con un mejor ajuste a la enfermedad en personas con una enfermedad crónica, Young, en 1992 (Citado en Pacheco, P. 2004)

Además, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento focalizadas a la emoción son más frecuentes en el género femenino y que las estrategias de más empleadas por el género masculino son las estrategias enfocadas al problema (Oquendo, M. 1988). Lo cual consideramos que esto guarda una relación con las tasas de mortalidad por esta enfermedad, ya que ha impactado más a un género que a otro, donde se puede observar que la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres en el país, y que es la segunda causa de muerte en hombres, ya que desde el año 2000 a la fecha se ha ido incrementando de un año a otro el total de decesos por esta causa, de acuerdo a la encuesta nacional de salud, (2002), por sus siglas E. N. S. A.

Denotando que aquellas estrategias de afrontamiento que son empleadas de manera adecuada han estado generando un ajuste positivo en el curso de la enfermedad, donde se ha reflejado en un buen manejo de los niveles de glucosa, buen control de peso y talla, en un bajo ingreso a hospitalización y en una tardía aparición de las complicaciones, y a su vez se ha asociado con una buena actividad física, una dieta favorable y una medicación controlada.

Con relación al concepto de autocuidado, es importante el mencionar que este aspecto ha obtenido una gran importancia en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, por lo que se considera relevante realizar un breve recuento histórico de las diferentes prácticas relacionadas con el autocuidado, además de conocer algunos orígenes de la evolución de las diferentes prácticas de cuidado.

A través de la historia, el autocuidado ha sido una construcción cultural materializada en formas de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos de una cultura. Algunos registros en cuanto a este aspecto se tienen desde la época de los griegos, ya que estos manejaron una visión integral de lo que debería ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no solo del cuerpo sino también del alma, para ellos el autocuidado implicaba los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción mesurada de las necesidades, incluyendo también las meditaciones, las lecturas, notas de libros o las conversaciones y reflexiones de las verdades que se sabían porque había que apropiarse de ellas aun mejor (Uribe, T. 1999)

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina también influyeron en el concepto y formas de proporcionar el cuidado, los ingleses fueron los que generaron dos tipos de conceptualizaciones en cuanto al autocuidado, la primera, la llamaron cuidados de costumbre-care- ya que representa los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida, estos autocuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida; La segunda conceptualización que dieron al autocuidado es la de cuidados relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación-cure-, donde es utilizada para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales, entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico. (Uribe, T. 1999).

Retomando a la disciplina de la medicina con mayor detalle, se plantea que desde ésta existieron varias razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado como lo fue que la medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud, además de que con la división que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación del cuerpo del espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos hasta el punto de utilizar los términos de cuidar y tratar como

sinónimos. Es así cómo hasta el momento el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (Como los exámenes médicos, y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtenerla curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad (Uribe, T. 1999)

Por otro lado y ya más cercanamente a nuestros tiempos, se habla del papel que tiene la cultura en las prácticas de autocuidado, ya que el rol que juega la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas, con relación al autocuidado-cultura se distinguen dos principios importantes, el primero es que los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, el segundo, en la socialización estereotipada del autocuidado de acuerdo con el género de la persona (Uribe, T. 1999)

En la actualidad hay muy pocos estudios que fundamenten científicamente este aspecto con relación a su definición, su incidencia, su identificación y características principales, pero que sin embargo, actualmente se retoma este aspecto como una de las líneas de investigación en el campo de la psicología en general y más en específico dentro de la sub disciplina de la psicología de la salud referente a diversas enfermedades que existen en la actualidad, ya sea para las crónicas degenerativas como las infecto contagiosas.

Por lo que a continuación se mencionan elementos recientes en cuanto a la definición y características de este concepto, que son utilizados por autores diversos, en lo que respecta hoy en día al autocuidado, su planteamiento conceptual se manifiesta en el sentido de que este busca que las personas se hagan cargo y acepten mayores responsabilidades en materia del control de aquellos factores que podrían afectar su salud, haciéndose más activas en la incorporación de conductas saludables, generando en el sujeto. Hábitos de salud favorables, Alimentación Saludable, Actividad física recomendada, Actividades físicas contraindicadas (Gallegos E., Cárdenas M., 1999).

Por otro lado se define a este aspecto como " La práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar"; con relación a esta última definición se agregan algunas características que plantean que existen una serie de categorías del autocuidado, derivadas de las desviaciones que tiene el individuo en cuanto a su salud, como lo son, aquellas enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico, el generar una dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud, las diferentes condiciones que limitan la movilidad física, o aquellas medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos (Muñoz Mendoza, 2004)

De tal forma que la sintomatología de enfermedad, la enfermedad en si, que hace el no poder funcionar normalmente y, además, la evidencia de una desviación de la salud como la diabetes conduce a la necesidad de determinar que se debe de hacer para restituir e ir a lo normal, o si las personas con diabetes pueden ser competentes en el manejo de un sistema de autocuidados, o también pueden ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos pertinentes. Por lo que el concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida. Resultados de anteriores investigaciones muestran la diversidad de factores que explican la no-realización de las actividades de autocuidado por parte del paciente diabético en el tratamiento, como lo puede ser el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos, que son dos de los más mencionados. (Gallegos E., Cárdenas M., 1999, Fernández M. G. y Peralbo-Uzquiano M., 1999).

La mayoría de adultos que padecen diabetes tipo 2 tienen dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito. Por tanto, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se aplica a lograr que los pacientes lleven en forma estricta su tratamiento; el cual generalmente, incluye medicamentos hipoglucemiantes o insulina, dieta, ejercicio y vigilancia de los niveles de glucosa en sangre (además de acudir a consulta médica con periodicidad). (Norma Oficial Mexicana, 1994).

Es necesario, por tanto, obtener información que valide con mayor amplitud el concepto de autocuidado, por lo que se retoma la teoría del déficit del autocuidado de D. Orem, ya que una de las funciones de esta importante y utilizada teoría es la capacidad de resumir el conocimiento, de explicar los fenómenos relacionados al autocuidado, ya que se le conoce como un modelo que señala que la persona puede llegar a influir en los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra, buscando las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos, según esta orientación, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica (Rico Herrera y Cacique, 2002).

El autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural, según Orem en 1991 (Citado en Rico Herrera y Cacique, 2002), la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente, con el objetivo de atender su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad, donde la aptitud de una persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, de su edad, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones, por otro lado, la imposibilidad para ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal, todo esto puede engendrar un estado de dependencia social Orem en 1991 (Citado en Rico Herrera y Cacique, 2002) Dentro de este mismo postulado teórico, se menciona que las personas tienen una demanda legítima a cuidarse y participar en la promoción y en el mantenimiento de la integridad estructural, funcional y de desarrollo del ser humano (Rico Herrera y Cacique, 2002). Cabe pues mencionar que la teoría del déficit del autocuidado de D. Orem ha aportado un amplio conocimiento basado en una serie de conceptos útiles y prácticos al momento de entender el aspecto comportamental de las personas con alguna enfermedad o como en la teoría se plantea, con una desviación de salud.

Desde nuestro punto de vista se hace necesario poder conocer, por un lado, si las estrategias de afrontamiento, pueden generar un efecto adverso o benéfico en las personas con diabetes mellitus tipo 2 ya sean con la aparición temprana

o tardía de las diversas complicaciones de la diabetes. Y por el otro lado, conocer si el factor del autocuidado puede tener una influencia eficiente o deficiente en el manejo eficaz del complejo tratamiento de la diabetes, y su efecto positivo en el retraso o evitación a corto o a mediano plazo de las complicaciones por esta enfermedad.

1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

En las personas con una enfermedad crónico degenerativa como la diabetes mellitus tipo 2 se presentan factores emocionales, sociales, cognitivos y comportamentales, como las estrategias de afrontamiento, entre otros, que pueden llegar a determinar de una manera adversa o benéfica el autocuidado y las actividades que éste implica para el control de la enfermedad, como lo son: El control de los niveles de glucosa en sangre, el realizar las diferentes dietas establecidas, la realización de la actividad física o ejercicio que les es recomendado, el uso adecuado de los medicamentos que se prescriben, y el no consumo de sustancias como tabaco y alcohol.

Donde una mala orientación en la forma de afrontar o una deficiente realización o ejecución de las anteriores actividades de auto cuidado, pudiera estar manifestándose en la aparición temprana de las diversas complicaciones que de manera natural trae consigo el curso y desarrollo de la enfermedad, como: las neuropatías, nefropatías, retinopatías, hiperglucemias o hipoglucemias, repercutiendo, por lo tanto, en el ingreso esporádico o permanente a la hospitalización e internamiento por causa de cegueras, amputaciones, infartos y afectando en el aumento de las problemáticas o dificultades que se pueden presentar en lo económico, familiar, laboral y social de las personas con diabetes.

Con relación a los factores antes mencionados, consideramos importante plantear que para el manejo eficaz del control y de la diabetes mellitus tipo 2, pueden ser elementos definitivos tanto las estrategias de afrontamiento así como el autocuidado en las personas; Por lo que de aquí surge el problema a investigar, ya que, desde nuestro punto de vista, es de suma importancia él poder conocer si las estrategias de afrontamiento en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 tienen relación con el autocuidado que se requiere durante el curso de la enfermedad, en las personas adultas del genero femenino como en las personas del genero masculino.

Consideramos que los anteriores factores pueden representar elementos psicológicos y comportamentales de suma importancia para que las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 puedan lograr un eficaz ajuste, adaptación y control de las complejas dificultades que implica el tratamiento de su enfermedad.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2?

¿Existen diferencias en mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 respecto a las estrategias de afrontamiento y el autocuidado?

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio surge de la necesidad de aportar, desde el ámbito de la psicología de la salud, descripciones que puedan ser de utilidad ante uno de los problemas de salud pública nacional que esta teniendo un impacto devastador en nuestra población de hoy en día, como lo es la diabetes mellitus tipo 2

Actualmente se han hecho una serie de predicciones, en donde las complicaciones que trae consigo esta enfermedad van a ir aumentando en su aparición, a tal grado de que las cegueras, los infartos, las amputaciones, los trasplantes de riñón, entre otras, se volverán focos de atención y tratamiento hospitalario que generaran a las diversas instituciones de atención a la salud la erogación de grandes cantidades de recursos financieros, la contratación y capacitación de mayor personal del área de la salud, y una mayor infraestructura hospitalaria dentro el sistema de salud para su atención y disminución de su efecto, para lo cual, y según a diversas comunicaciones que se han dado, no se esta en condiciones de poder dar el soporte ni económico ni de infraestructura y ni de personal para hacer frente a esta enfermedad (Cruz, A., 2005).

El incremento constante en la forma de abordar la problemática se ha debido en gran parte, a que conforme a que ha transcurrido el tiempo, la evolución y desarrollo de la enfermedad, tanto en sus manifestaciones clínicas, como en su impacto en la incidencia y en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población, ha aumentado de manera sobresaliente y alarmante, como se puede observar en los siguientes datos, donde de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2002) la enfermedad ha tenido su mayor grado de aparición y afectación en la población mexicana a partir del año de 1998, donde la diabetes mellitus ha ocupado el primer lugar en las principales causas de mortalidad en México con 46,525 muertes para el año 2004, y siendo también en el año 2001 El primer lugar en dicho apartado con 49,855 decesos, denotándose un importante aumento de 3330 de muertes de uno a otro, mencionándose además de que la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en mujeres ya que en el año 2000 hubo un total de 25,717 decesos y para el 2001 hubo un total de 27,528 decesos, incrementándose también de un año a otro en un total de 1811 casos de defunción, al igual, esta enfermedad ha sido la segunda causa de muerte en hombres, solo después de los problemas de cardiopatía isquémica, con un total de muertes en el año 2000 de 20,808 y que para el año 2001 fue de 22,305 decesos, denotándose un aumento de 1497 muertes, aunado a lo anterior de que la diabetes mellitus tipo 2 ha

ocupado el primer lugar durante los últimos tres años en las principales causas de mortalidad hospitalaria.

Cabe mencionar que en lo que respecta al año 2002, la diabetes mellitus contaba con una prevalencia de un 10.7 %, que era la media nacional y que estados como Nuevo León presentaba una prevalencia del 13.2 %, más de tres puntos arriba de la media nacional y ocupando el tercer lugar nacional en ese año, de acuerdo a la encuesta nacional de salud (E N S. A, 2002). De tal forma que el impacto de esta enfermedad en las tasas de mortalidad y en los decesos hospitalarios se vio incrementado de manera sustancial a los años anteriores, ya que hasta esta fecha el registro total de las muertes por esta causa no se ha determinado y solo se ha informado en lo general, como ocurre en cuanto a que se ha estado señalando también que la diabetes mellitus tipo 2, para el primer semestre del año 2004, ocupó el tercer lugar dentro de las enfermedades con mayor incidencia en nuestro país, solo después del cáncer y de la hipertensión, siendo los estados del noroeste los que han ocupado el primer lugar como Nuevo León y luego Tamaulipas (S. S. A., 2004).

Por lo que podemos observar que esta enfermedad va en un plano totalmente ascendente y que los efectos y consecuencias que esta acarrea tanto para el individuo, como para su familia y el sistema de salud son del todo negativas, ya que desde el año 2000 ha sido ya catalogada como un problema de salud pública nacional, sobre todo con lo que tiene que ver con las complicaciones que trae consigo, por los altos costos que implica el darles atención, no solo en los aspectos médicos sino que también psicológicos, ya que desde esta área de la psicología el grado de afectación es muy alto (Mercado F., Lizardi A., Benítez M., Alcántara E., 2003).

Existen elementos psicológicos que participan de manera directa en el autocuidado de la enfermedad, entre ellos las estrategias de afrontamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2, ya que de acuerdo a los estudios que se han realizado (Gallar, M 2001, Lazarus, R y Folkman, S. 1991, Oquendo, M 1988, Pacheco, P 2004) éstas son aspectos psicológicos que van a determinar los esfuerzos que se empleen en las personas con la enfermedad,

para manejar tanto las exigencias que les plantea el curso de la enfermedad como los requerimientos para la adherencia al tratamiento de la misma.

Por lo que las actividades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción enfocada a la salud, especialmente cuando existe una enfermedad crónica y de largo plazo. Ante lo cual, los psicólogos dentro del área de la salud y otros profesionales de la misma, deben ver estos factores como un campo de atención e intervención, dentro del cual, se podrían generar mayores análisis y estudios que les permitan participar en la atención integral de esta enfermedad, como lo puede ser el desarrollar programas de habilidades de afrontamiento al estrés o a la enfermedad, o programas del manejo de emociones y de destrezas para el cuidado favorable de la enfermedad (Belendez M y Méndez F. 1999, Beroña E., 2000).

De lo anterior surge la conveniencia de llevar a cabo este tipo de estudios, ya que los resultados que se pudieran llegar a obtener servirán para conocer, comprender y clarificar más la evolución de esta enfermedad no solo en el ámbito biológico sino también en el ámbito psicológico y social, donde las aportaciones que se pudieran generar de este estudio en cuanto al afrontamiento y al auto cuidado de la diabetes, nos logrará permitir, en lo sucesivo, aportar alternativas de atención integral a la problemática de la enfermedad, que se pudieran ver manifestadas en una serie de actividades y acciones a desarrollar dentro del sistema de salud o en asociaciones, organizaciones e instituciones que estén interesadas en generar líneas de trabajo interdisciplinario ante la enfermedad, tanto en el ámbito preventivo, como de intervención y de rehabilitación de las personas que padecen diabetes

Tomando como base los anteriores elementos de análisis consideramos apropiado puntualizar los objetivos generales que nos hemos trazado para este estudio, los cuales se describen a continuación:

1.5 OBJETIVOS GENERALES

- Conocer si existe correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2.
- Analizar si existen diferencias en mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 respecto a las estrategias de afrontamiento y el autocuidado.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO:

El reconocimiento e importancia que en años recientes se le han estado dando a la asociación entre los diferentes factores psicológicos y las diversas enfermedades, se ha estado convirtiendo, sobre todo para la sub disciplina de la psicología de la salud, en un motivo de gran interés, cuyos estudios e investigaciones que se han estado generando, están aportando una gran cantidad de información y resultados respecto a la causa, curso y desarrollo de enfermedades como el cáncer, artritis, asma, y la diabetes mellitus.

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes dentro del proceso de salud-enfermedad, a la cual se le atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre el manejo y control de la enfermedad.

Los diversos estudios revisados acerca de los procesos del afrontamiento y del autocuidado, son sobre la base de investigaciones que se realizan en nuestro contexto actual, en las cuales se puede observar el grado de complejidad y de importancia que tienen estos factores para entender los diversos ajustes del individuo a su estado de enfermedad y a su medio. El afrontamiento y el

autocuidado han sido tradicionalmente estudiados con relación al estrés y a la enfermedad. A continuación se describen aspectos teóricos históricos y recientes en este sentido, en primer lugar sobre el factor del afrontamiento, y en segundo lugar sobre lo concerniente al autocuidado, que nos ofrecen una amplia perspectiva acerca de como estos elementos, que tienen ya mas de 60 años de formulados, aun prometen tener mucho valor, vigencia y actualidad para el quehacer de la investigación y intervención practica dentro de la psicología de la salud.

2.1 AFRONTAMIENTO

Para el abordaje teórico conceptual del afrontamiento, se considera necesario partir del enfoque transaccional de Lazarus y Folkman, ya que desde este modelo de explicación es de donde se han desarrollado una gran cantidad de reportes, estudios e investigaciones en la gran mayoría de la literatura relacionada al tema, además de que desde este modelo es posible obtener una visión más amplia de este factor psicosocial y su relación directa a un proceso de enfermedad.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significo un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica, y actualmente, constituye el centro de toda una serie de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos en los individuos, esto, en relaciona a la revisión de algunos planteamientos históricos, tradicionales y actuales (Rodríguez Marín, López-Roig y Pastor,1990, Gallar,2001, Álvarez 2002, Sandín 1999, R. Marin 2002, A. Fierro1999, De la Fuente 2002, Velasco y Sinibaldi 2001, Buela-Casal y Cabalo1996, Buendía1999, Lazarus y Folkman 1991).

Es interesante el señalar que se tiene un registro en cuanto a la primera definición conceptual de afrontamiento, la cual fue propuesta por Lazarus y Launier en 1978, que lo definen como "Los esfuerzos intra psíquicos y orientados a la acción (cognitivos y afectivos) en aras de manejar demandas

internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer” lo cual nos demuestra que el concepto actual ha sido parte de una serie de cambios o transformaciones encaminada a la perfección del mismo hasta llegar al que se conoce y se acepta en la gran mayoría de autores hoy en día.

El término de afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés de coping skills, y que corresponde con la acción de afrontar, es decir de arrostrar, hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, un agente o acontecimiento estresante, Moliner en 1988 (Citado en Rodríguez, J., 2001). Cabe mencionar que no hay una definición comúnmente aceptada, sino definiciones muy diversas, que varían desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo y de interacción social.

Según los planteamientos históricos y tradicionales el concepto de afrontamiento estaba presente en dos clases de literatura teórica empírica muy distintas. Una, se deriva de la experimentación con animales, en la cual se definía como “Aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto el grado de perturbación psicofisiológica producida por esta” apoyando esta definición autores como N. E. Miller, Ursin en 1980. Y la otra clase de literatura donde se encuentra el concepto es en la teoría psicoanalítica del ego, y se plantea como aquellos mecanismos de defensa inconsciente del individuo, definiéndose como “El conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, que reducen el estrés.” Apoyando esta definición algunos autores como Mennigerer, 1963, Hann, 1977, y Vaillant en 1977 (Citado en Lazarus y Folkman 1991).

Provocándose vacíos e inconsistencias en cuanto a la definición de las dos vertientes. Por lo que cabe hacer notar que la diferencia esencial radica en el hecho que si bien la teoría psicoanalítica hace alusión a ello a través del concepto mecanismos de defensa, estos son explicados a través de procesos

inconscientes, mientras que desde el modelo transaccional de afrontamiento que predomina en la literatura se habla más acerca de todos aquellos procesos conscientes, individuales y contextuales y procesales en los que se ve inmerso el individuo.

En la actualidad, la mayoría de los investigadores definen el afrontamiento en apego a la perspectiva transaccional del modelo transaccional de Lazarus y Folkman, los cuales lo definen como: "El conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". De tal forma que se habla del afrontamiento refiriéndose al aspecto del proceso del estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores (Rodríguez Marín, López-Roig y Pastor, 1990)

La aportación que se tiene en cuanto a la definición conceptual de afrontamiento por otros autores y que se han estado produciendo en fechas recientes, las cuales lo definen como "La aplicación y desarrollo de los recursos que el sujeto moviliza para afrontar el problema de enfermedad, con el objetivo de eliminar o paliar sus consecuencias negativas eliminar o disminuir la ansiedad que provoca" (Gallar, M 2001), otro autor que recientemente ha hecho otro planteamiento conceptual es Everly, quien en 1984 lo define como: " un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales" denotando un enfoque mas hacia la aplicación de lo conceptual en lo práctico de las situaciones que pueden ser o estar resultando amenazantes para el individuo. Además, se encontró otra valiosa aportación de parte de Pearlin y Schooler quienes en 1978 definen al afrontamiento como "Las acciones que lleva a cabo la gente por su propia cuenta para evitar o aminorar el impacto de los problemas de la vida" denotando también estos autores que el afrontamiento tiene un significado, un proceso y desarrollo que esta en función de cambiar la situación de la que emergen los estresores o para reducir el grado de amenaza o los síntomas del estrés que puede traer consigo un proceso de enfermedad crónica

Por lo que consideramos en cuanto al concepto de afrontamiento, que actualmente es parte de una sene de análisis y estudios lo suficientemente relevantes que denotan que este factor no es aun un concepto terminado, ya que se propone que debe ser sometido a una serie de cambios y transformaciones tanto en el ámbito teórico como metodológico, que lo estén conduciendo a su perfeccionamiento y claridad de uso y aplicación practica, en función de que explique de manera más amplia su efecto benéfico o negativo en la enfermedad, ya que hasta la fecha, en lo que se tiene estudiado, el factor de afrontamiento, ha estado aportando de manera parcial elementos importantes para la investigación y intervención ante la enfermedad.

2.1.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Retomando la definición conceptual de afrontamiento y con relación a los diferentes aspectos que conlleva, desde el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, se plantea, que este factor psicológico implica una serie de elementos que sustentan la aparición y evolución del afrontamiento al momento de presentarse una situación apremiante, estresante o sorpresiva, como lo puede ser una enfermedad crónica. Dentro de los diversos elementos, factores o aspectos que conlleva dicha variable de afrontamiento, se propone uno que para el desarrollo de este trabajo se considera relevante: Las estrategias de afrontamiento, que son diversas y específicas, encontrándose implícitas dentro de las diferentes definiciones conceptuales que se encontraron y revisaron de afrontamiento. (Weintrauby J., Scheirer M y Carver CH., M 1989, Gallar, M., 2001, Belendez y Valdoseva, 1993, Lazarus y Folkman, 1991, Moos, Schaefer, 1993, Sandín B y Chorot P., 2002, Lazarus, 1966).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se han revisado algunas definiciones desde varios autores, los cuales las plantean como "Los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Martín D y Fernández-Abascal, 1997). Por otra parte, también se han encontrado descripciones en cuanto a dichas estrategias, ya que se menciona que estas "se centran en la valoración de la enfermedad para intentar neutralizar el problema, en el

problema mismo o para eliminar las condiciones que originan el problema y en la emoción para regular el estrés emocional producido por el problema” (Lazarus, 1966). Otra explicación de las estrategias de afrontamiento consiste en que estas se describen como formas de afrontamiento al estrés mas específicas, tales como llevar a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, o tratando de controlar la tensión (Sandín B, 2002).

Sobre la base de las anteriores definiciones se plantea que muchas de las estrategias son cognitivas, ya sea de manejo de la memoria, de la información, de atención selectiva, que guardan relación con la toma de decisiones, Moos, Schaefer en 1993 (Citado en Lazarus y Folkman, 1991). De tal forma que las estrategias básicas de afrontamiento pueden ser estables a través de diferentes situaciones estresantes, donde su calidad (eficacia o idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos en una situación.

Así mismo, se propone una clasificación de estrategias de afrontamiento, que se usan o pueden ser aplicadas por el individuo en la mayoría de los encuentros estresantes que tiene y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera que se evalúa cada transacción, esta clasificación consiste en aquellas estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que difieren en la confrontación ante el estrés y que son usadas para ganar el control del acontecimiento(Lazarus y Folkman, 1991)

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA

Desde la explicación teórico conceptual que sé retoma, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se usan para controlar la relación perturbada entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y / o la acción directa (Lazarus y Folkman, 1991).

En cuanto a este tipo de estrategias de afrontamiento se plantea que su finalidad es evitar las consecuencias que pueden ser perjudiciales y que puede ocasionar la enfermedad tanto a corto como a largo plazo, implica como conductas, el que el sujeto enfermo defina el problema, busque información y asesoramiento, valore alternativas de tratamiento o adopten estilos de vida saludables (M. Gallar, 2001). Ya sea pues, que este tipo de estrategias, sirvan para modificar el entorno o modificar al sujeto respecto a una situación estresante.

De tal forma que, para afrontar la enfermedad centrados en el problema, contamos con una serie de recursos o estrategias, que, entre otro tipo y denominación de nombres, que podemos resumir en las siguientes fases:

- a) *Definir el problema*: Se trata de analizar la gravedad actual y previsible de la enfermedad, de valorar con realismo sus posibles consecuencias negativas.
- b) *Buscar información y asesoramiento*: El enfermo procurara ponerse en contacto con otras personas que le puedan ayudar y orientar (asistencia sanitaria y apoyo social), y completar su información con los exámenes médicos.
- c) *Valorar alternativas de tratamiento*. Una vez valorado el alcance de la enfermedad, el paciente tendrá probablemente diversas opciones terapéuticas, donde el paciente tendrá una elección que depende exclusivamente de él.
- d) *Adoptar hábitos de vida saludables*: Dado que la enfermedad suele relacionarse con hábitos higiénicos-dietéticos y de estilo de vida, la consecuencia más lógica es que tras sus padecimientos se adquieran adecuados hábitos de salud. (M Gallar, 2001).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCIÓN

De acuerdo a los autores de los cuales partimos para esta explicación teórico conceptual de esta variable psicosocial, Las estrategias de afrontamiento

centradas en la emoción se conceptualizan como: “ Aquellas conductas que son utilizadas para disminuir el estado de ansiedad que genera el evento estresante, para minimizarla, las cuales pueden resultar adecuadas y otras inútiles o incluso contraproducentes, en estas conductas pueden estar el que se trivialice la enfermedad, el negar la enfermedad, evitar todo lo que involucra el tratamiento de la enfermedad.” (Lazarus y Folkman, 1991).

Por lo que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se usan para controlar las emociones como el miedo o la amenaza o incertidumbre que genera el evento de estrés y que, estrategias tales como negación, evitación escape entre otras, pueden estar dirigidas a la emoción, ya sea disminuyendo o aumentando el grado de malestar emocional y modificando la forma de vivir la situación por parte del sujeto (Lazarus y Folkman, 1991).

Puesto que la enfermedad, como agente estresante, origina un estado de ansiedad, el individuo puede utilizar diversas medidas para minimizarla, las cuales unas pueden resultar adecuadas y otras inútiles o incluso contraproducentes, las siguientes pueden ser algunos ejemplos:

- a) **Negar la enfermedad:** este convencimiento llega a suprimir el estrés que supone la conciencia de la enfermedad, la negación puede ser a nivel de negar el hecho o significado de la enfermedad
- b) **Trivializar la enfermedad:** Es decir, restarle importancia a sus consecuencias negativas, como si se tratara de una enfermedad leve o al menos controlable, donde se dé por auto convencimiento de que lo que parece grave no lo es.
- c) **Evitar todo aquello que suponga admitir su evidencia:** Esta conducta es común que han realizado graves conductas de riesgo y se resisten a someterse a un chequeo que les pueda ser importante y útil.
- d) **Dirigir toda la atención a la enfermedad:** Se realiza una atención excesiva para prevenir posibles complicaciones, a veces esta atención en exceso se convierte en una autentica obsesión.

De acuerdo a la idea central del afrontamiento, se dice que no hay afrontamiento buenos ni malos, su eficacia depende del grado en que resulten apropiados a las demandas internas o externas que este estableciendo la enfermedad puesto que la función del afrontamiento consistiría en permitir la adaptación del individuo a los cambios experimentados por él en su ambiente, tanto interno como externo, de tal forma que logre dar una respuesta lo mas adecuada posible para él en ese momento

De aquí que podemos comentar que el afrontamiento es un concepto que ha tenido una evolución y desarrollo desde décadas recientes, que fue formulado para tratar de generar una explicación y aportación a los diferentes aspectos o procesos que se desencadenan cuando un sujeto esta enfrente o desenvolviéndose ante una situación de estrés o con diversos estresores.

De acuerdo a los estudios que se han encontrado en la literatura, en un estudio con 50 pacientes diabéticos se valoraron las variables que interfieren en el afrontamiento, se encontró que las estrategias de afrontamiento mas utilizadas dependen de la edad, el genero y el desarrollo de la enfermedad y señala como las estrategias centradas en la emoción son más utilizadas en el genero femenino y que las estrategias centradas en el problema son las mas utilizadas en el genero masculino (Oquendo M 1988). En otro estudio, en cual se trato de evaluar cumplimiento farmacológico y no farmacológico terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes tipo 2, se encontró Los pacientes con HTA cumplen más el tratamiento, denotando que el afrontamiento no estaba beneficiando a los pacientes con diabetes tipo 2. (García Pérez A. M., Prados Torres D y Sánchez de la Cuesta F. 2003).

En otro estudio, donde se asociaron las estrategias de afrontamiento con la solución de problemas, se encontró que las intervenciones de tipo cognitivo conductuales son las más efectivas para el manejo de diabetes, siendo parte de estrategias de afrontamiento centradas en el problema. (Grey M. y Berry D. 2004) En un estudio, con 100 pacientes que acudían a la consulta externa, se trato de conocer la Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, resultando que en éstos se presentaba un deterioro en las áreas de interacción

con el equipo de salud, en la disfunción sexual, además de en los aspectos emocionales y físicos. (Buendía J. 1999).

En el planteamiento inicial de lo que es el afrontamiento, se contaba con una claridad teórico conceptual, debido a que mezclaba aspectos que partían de diferentes ópticas o enfoque teóricos, es decir, de aspectos que partían de la postura biologicista hasta aspectos que surgieron de la postura psicoanalítica, donde en cada una de estas líneas se menciona al afrontamiento, explicándolo desde los aspectos fisiológicos hasta aspectos de mecanismos de defensa inconscientes, de tal forma que el perfeccionamiento hasta la fecha se sigue produciendo, observándose una definición teórico conceptual y metodología más detallada.

En el modelo transaccional de afrontamiento, nos puede ofrecer una base y explicación clara en cuanto a la forma en que un estresor, una enfermedad crónica, puede desencadenar una serie de estrategias de afrontamiento por parte del individuo, que las emplea para tratar de minimizar, evitar o negar los efectos que está representado el estresor, o bien que dichas estrategias que el sujeto emplea para hacerle frente al estresor, sirvan para luchar en contra de él, y así, regular el grado de ansiedad o de estrés que está desencadenando la situación desencadenante, siendo un postulado que aporta elementos importantes para el estudio de los procesos de la diabetes mellitus.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2.2 AUTOCUIDADO

Con relación al concepto de autocuidado, es importante el mencionar que este aspecto ha tenido una gran importancia en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina han influido en el concepto y formas de proporcionar el cuidado, los ingleses fueron los que generaron dos tipos de conceptualizaciones en cuanto al autocuidado, la primera, la llamaron cuidados de costumbre-care ya que representa los cuidados permanentes y

cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida, estos autocuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida; La segunda conceptualización que dieron al autocuidado es la de cuidados relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación-cure-, donde es utilizada para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales, entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico (Uribe, T. 1999).

Es así como, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos, y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtenerla curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad (Uribe, T. 1999).

También se habla del papel que tiene la cultura en las prácticas de autocuidado, ya que el rol que juega la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas, con relación al autocuidado-cultura se distinguen dos principios importantes, el primero es que los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, el segundo, en la socialización estereotipada del autocuidado de acuerdo con el género de la persona (Uribe, T.1999).

A continuación se mencionan elementos recientes en cuanto a la definición y características de este concepto, que son utilizados por autores diversos.

En lo que respecta hoy en día al autocuidado, su planteamiento conceptual se manifiesta en el sentido de que este busca que las personas se hagan cargo y acepten mayores responsabilidades en materia del control de aquellos factores que podrían afectar su salud, haciéndose más activas en la incorporación de conductas saludables, generando en el sujeto: Hábitos de salud favorables, Alimentación Saludable, Actividad física recomendada, Actividades físicas contraindicadas.

También se plantean que el auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar y más cuando se presentan desviaciones de salud que se ven reflejadas en una enfermedad como la diabetes que esta ya bajo un diagnóstico y tratamiento médico y que provoca de manera temprana o tardía una dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud que pueden provocar condiciones que limitan la movilidad física y que exigen para la persona que realice medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos (Gallegos E. Cárdenas M., 1999, Martín A. y Grau J., 2004).

Por otro lado se define a este aspecto como "La práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar" (Orem, 1979). Con relación a esta última definición se agregan algunas características que plantean que existen una serie de categorías del autocuidado, derivadas de las desviaciones que tiene el individuo en cuanto a su salud, como lo son, aquellas enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico, el generar una dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud, las diferentes condiciones que limitan la movilidad física, o aquellas medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos.

La sintomatología de enfermedad, la enfermedad en sí, que hace el no poder funcionar normalmente y, además, la evidencia de una desviación de la salud como la diabetes conduce a la necesidad de determinar que se debe de hacer para restituir e ir a lo normal, o si las personas con diabetes pueden ser competentes en el manejo de un sistema de auto-cuidados, o también pueden ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos pertinentes. Por lo que el concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida. Resultados de anteriores investigaciones muestran la diversidad de factores que explican la no-realización de las actividades de autocuidado por parte del paciente diabético en el tratamiento, como lo puede ser el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos, que son dos de los más mencionados (Gallegos E, Cárdenas M., 1999, Fernández M G. y Peralbo-Uzquiano M 1999).

Es importante el poder señalar que la mayoría de adultos que padecen diabetes tipo 2 tienen dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito. Por tanto, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se aplica a lograr que los pacientes lleven en forma estricta su tratamiento; el cual, generalmente, incluye medicamentos hipoglucemiantes o insulina, dieta, ejercicio y vigilancia de los niveles de glucosa en sangre (además de acudir a consulta médica con periodicidad). (Norma Oficial Mexicana, NOM, 1994).

De tal forma que se plantea que es necesario, por tanto, obtener información que valide con mayor amplitud el concepto de autocuidado, por lo que se retoma la teoría del déficit del autocuidado de D. Orem (1979), ya que una de las funciones que cubre esta importante y ampliamente utilizada teoría es la capacidad de resumir el conocimiento, de explicar los fenómenos relacionados al autocuidado, ya que se le conoce como un modelo que señala que la persona puede llegar a influir en los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra, buscando las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos, según esta orientación, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica (Rico Herrera y Cacique, 2002)

El autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural, según Orem, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente, con el objetivo de atender su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad, donde la aptitud de una persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, de su edad, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones, por otro lado, la imposibilidad para ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal, todo esto puede engendrar un estado de dependencia social (Orem, 1979)

Dentro de este mismo postulado teórico de Orem, se menciona que las personas tienen una demanda legítima a cuidarse y participan en la promoción y en el mantenimiento de la integridad estructural, funcional y desarrollo del ser humano (Rico Herrera y Cacique, 2002).

En la actualidad hay muy pocos estudios que fundamenten científicamente este aspecto con relación a su definición, su incidencia, su identificación y características principales, pero que sin embargo, actualmente se retoma este aspecto como una de las líneas de investigación en el campo de la psicología en general y más en específico dentro de la sub. Disciplina de la psicología de la salud referente a diversas enfermedades que existen en la actualidad, ya sea para las crónico-degenerativas como las infecto contagiosas.

2.2.1 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Desde la teoría de D. Orem, se consideran los factores condicionantes básicos o requisitos que influyen directamente o indirectamente en la necesidad de autocuidado y las actividades que posteriormente se pueden desarrollar entorno al mismo.

Los factores condicionantes básicos o requisitos de autocuidado, son los de: edad, género, estado de desarrollo, estado de salud, sistema familiar, patrones de vida, ambiente y recursos disponibles, estos elementos, proporcionan un marco para entender y explorar cada una de las actividades de autocuidado que el sujeto puede llevar a cabo para afrontar una desviación de salud. (Rico Herrera y Cacique C., 2002). Por otro lado se plantea a los requisitos de autocuidado como: aquellos que se derivan de una reflexión interior formulada expresamente y que se distingue por las acciones, que según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y del desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas, por cada requisito del autocuidado formulado se fijan: 1. el factor que se debe formular u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo

humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar persona. 2. la naturaleza de la acción necesaria, ya que los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquel sujeto que esta enfermo, (Taylor S , Compton A y Eben D , 1998).

Otra postura en cuanto al autocuidado es la que maneja que estos requisitos son acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado ante una desviación de salud como una lesión o alteración resultado de una enfermedad, y que incluye acciones tales como la búsqueda de asistencia medica, la realización de tratamiento prescrito y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o del tratamiento (Orem, 1979)

2.2.2 ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

Este tipo de actividad se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar acabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual, para que estas actividades de autocuidado se plantea que es importante la participación de lo que se conoce como el agente de autocuidado quien es la persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo, por lo general estos agentes son jóvenes o adultos que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer as necesidades de autocuidado terapéutico ante una enfermedad (Taylor S., Compton A y Eben D., 1998).

Además de esta explicación de agente de autocuidado, existen otras que también hacen esfuerzos por ampliar la concepción teórica de este elemento del autocuidado, ya que lo describen como la persona que proporciona el autocuidado para sí mismo en base aun sistema de acción, donde las acciones de autocuidado son dingidas a metas para el funcionamiento y bienestar (Schwarzer R y Renner B , 2000, Stanton A. y Sworoski CH , 2001).

DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Este factor se plantea sobre la base de la relación que se presenta entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial, en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resulta adecuadas para conocer o satisfacer parte o totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial (Taylor S., Compton A y Eben D., 1998) Por otra parte se define al déficit de autocuidado como aquel que surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer las acciones de autocuidado, es decir, cuando un paciente no puede administrarse su propio autocuidado. (Orem, 1979) Cabe pues mencionar que la teoría del déficit del autocuidado de D. Orem ha aportado un amplio conocimiento basado en una serie de conceptos útiles y prácticos al momento de entender el aspecto comportamental de las personas con alguna enfermedad o como en la teoría se plantea, con una desviación de salud

De acuerdo a la revisión de la literatura, en cuanto a esta variable, se conocieron los resultados o hallazgos de los diferentes estudios que se analizaron, en un estudio, que se realizó con ocho diabéticos, y que habla acerca de las capacidades de autocuidado, se encontró que las personas con diabetes mellitus tipo 2 si realizan las actividades de autocuidado relacionadas al tratamiento, actitudes y hábitos (Gallegos E., Cárdenas V. y Salas M. 1999).

En otro estudio, que valoraba la relación entre el tipo de personalidad, las creencias personales y el autocuidado, donde valoraban la percepción efectiva del tratamiento de la diabetes para el autocuidado, con 338 adolescentes con diabetes mellitus tipo uno, se encontró que la percepción positiva del tratamiento de la diabetes esta relacionada con aspectos valiosos para el autocuidado y que es necesario distinguir entre corto y largo efecto del tratamiento de la diabetes. (Skinner CH. y Hampson S 2002). En un estudio donde valoro la adherencia a la prescripción medica de realizar ejercicio, con 379 sujetos, se encontró que existen mejoras en los niveles de glucosa en los pacientes con diabetes mellitus (Stephen M y Timothy P 2002)

En un estudio más, donde se relaciona la actividad autocuidado de realizar ejercicio se trato de conocer la influencia entre la diabetes mellitus tipo 2 y el ejercicio físico, en 48 pacientes, el resultado que se obtuvo fue de que se presentaron cambios significativos en los promedios de presión arterial, glucosa en ayuno, pruebas de flexibilidad, fuerza y resistencia, conocimientos del efecto del ejercicio en la diabetes. (Walker E. y Usher J. 2003). Resaltando que las actividades de autocuidado son efectivas para el control de la enfermedad. En otro estudio realizado con 145 adultos con diabetes mellitus tipo 2, en el cual se quería conocer el autocuidado de los mismos, los resultados mostraron una relación positiva y significativa entre las capacidades de autocuidado y las acciones de autocuidado con las cifras de glucemia, además de una relación asociación significativa entre las acciones de autocuidado y factores como estrato socioeconómico, escolaridad y años de diagnostico (Salazar E., Gallegos C. Y Gómez M 1998).

En otro estudio, acerca de la motivación y el autocuidado en la dieta de adultos con diabetes mellitus tipo 2, con 638 personas con diabetes, se encontró una relación entre la auto regulación del sujeto con la adherencia al tratamiento y a la calidad de vida. (Senecal C., Nouwen A. y With D., 2000)

De tal forma que los resultados de investigaciones nos muestran la diversidad de factores que explican la no-realización de actividades de autocuidado favorables del paciente diabético al tratamiento, como lo puede ser el hecho de que esta enfermedad actualmente ha ocupado el primer lugar en las principales causas de mortalidad en México, con una tasa del 57.3 en mujeres y de 49.0 en hombres al 2003. (Sistema de Información Nacional de Salud, 2004). Además de que este padecimiento actualmente ha ocupado el primer lugar en las principales causas de mortalidad en México, con una tasa del 57.3 en mujeres y de 49.0 en hombres al 2003. (Sistema de Información Nacional de Salud, 2004) Mencionándose también el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos son dos de los más mencionados

Se estima que en un 45 % de las personas diagnosticadas con diabetes mellitus no cumple con las recomendaciones terapéuticas, y más cuando

implican un cambio en los hábitos y estilos de vida, además de que se da la suspensión del tratamiento, errores de omisión, de dosis, la automedicación, ausencias a consulta (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Debido a que el tratamiento de esta enfermedad requiere un complicado y exigente régimen de tratamiento, que tiene como objetivo terapéutico primario el mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre, y por lo que se puede observar, el autocuidado busca que las personas se hagan cargo y acepten mayores responsabilidades en materia del control de aquellos factores que podrían afectar su salud, haciéndose más activas en la incorporación de conductas saludables. Generando en el sujeto con diabetes comportamientos de autocuidado como hábitos alimentarios, alimentación saludable, actividad física recomendada, manejo y consumo adecuado de los diferentes medicamentos que se le prescriben, vigilancia de los niveles de glucosa, aplicación de insulina.

Por lo que podemos asumir que si la persona conoce todo acerca de su enfermedad y de cómo cuidarse, es capaz de seguir las indicaciones médicas y así mantener las cifras de glucemia dentro del rango de normalidad retrasando la aparición de las complicaciones que trae consigo y sobre todo aumentar su calidad de vida.

Por lo que el factor de autocuidado, las actividades para el autocuidado y el déficit de autocuidado pueden ser centrales a la temática de adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2, ya que el autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar, utilizando habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado, especialmente cuando existe un problema de salud

Como ya hemos señalado, consideramos importante retomar el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, como nuestra base teórica para el estudio de la variable psicosocial del afrontamiento ya que desde este modelo,

este factor se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia, donde el afrontamiento sirve para dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (Afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (Afrontamiento dirigido a la emoción), donde se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse (Lazarus y Folkman, 1991).

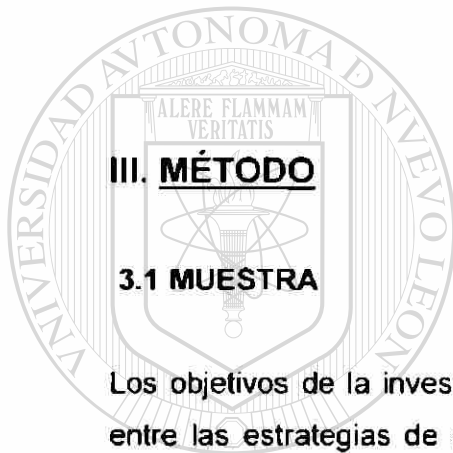
En lo que respecta a la variable del autocuidado, consideramos importante retomar la teoría del déficit del autocuidado de D Orem, como nuestra base teórica para el estudio de la variable del autocuidado, ya que desde esta teoría, el autocuidado se refiere a las actividades que son llevadas a cabo de una forma independiente por el individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida, donde este individuo puede presentar una serie de acciones aprendidas y deliberadas que llevan a cabo las personas en benéfico de su salud y bienestar, enfocadas a satisfacer requerimientos y desviaciones de salud (Actividades de autocuidado), donde si el individuo no es capaz de satisfacer las actividades, denotara que las capacidades auto asistenciales no sirven o resultan inadecuadas para satisfacer parcial o completamente la demanda existente o potencial de una enfermedad (Déficit de autocuidado). (Orem, 1979).

Se considera necesario plantear que hasta la fecha no se han encontrado, ni en el extranjero ni aquí en nuestro país, en de la literatura científica estudios, reportes o resultados de investigaciones que hayan o se encuentren abordando los dos factores que aquí se plantean de una manera conjunta, por lo que se considera que esta línea de trabajo es incipiente en nuestro campo y en nuestro país aun, además de que en la actualidad hay muy pocos estudios que fundamenten con mayor peso teórico estos factores de las estrategias de afrontamiento y el autocuidado, con relación a su mutua incidencia, a la identificación de las relaciones de sus características principales, pero que sin embargo, en este estudio se propone retomar estos aspectos como una de las líneas de investigación en el campo de la psicología en general y más en específico dentro de la sub disciplina de la psicología de la salud referente a

diversas enfermedades que existen en la actualidad, ya sea para las crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2, con la finalidad de poder realizar alguna aportación en esta área. Con base a lo descrito se propusieron las siguientes:

2.2.3 HIPÓTESIS

- Existe correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2.
- Existen diferencias en mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 respecto a las estrategias de afrontamiento y el autocuidado.



CAPITULO III

Los objetivos de la investigación consistieron en conocer si existía correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 y conocer si existían diferencias en cuanto a los dos variables en cuanto a género. Para poder cumplir con dichos objetivos se seleccionó una muestra no probabilística de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, entre mujeres y hombres de un rango de edad de entre 40 y 65 años, que no se encontraran hospitalizadas en la fecha de la entrevista y que además no estuviesen presentando complicaciones crónicas de la enfermedad como ceguera, amputaciones de las extremidades o algún tipo de hemodiálisis.

Las personas participantes en este estudio se seleccionaron a través de la asistencia que realizan a las diferentes consultas dentro del hospital universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en la ciudad de Monterrey para sus chequeos de los niveles de glucosa en sangre o a sus consultas médicas que ya tenían programadas. De esta manera el tamaño de la muestra fue de 94 participantes

3.1.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Es una investigación que se realizó con el fin de analizar si existía una correlación entre las estrategias de afrontamiento, ya sean las estrategias que están centradas en el problema o las estrategias que están centradas en la emoción, con el auto cuidado que se requiere ante la enfermedad, como lo es el monitoreo diario de los niveles de glucosa en la sangre, el llevar a cabo las diferentes dietas establecidas, la realización de la actividad física o ejercicio recomendado, el adecuado uso de los medicamentos que se prescriben y los cuidados del pie, en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2.

Por lo que se realizó un estudio de tipo correlacional para conocer el grado de relación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado de acuerdo al género de las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2.

3.1.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para la medición de las variables que se plantearon se aplicaron los instrumentos:

Para las estrategias de afrontamiento se llevo a cabo la aplicación de:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS 1. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

De los autores: Bonifacio Sandín y Paloma Chorot del 2003, cuya estructura contiene 42 ítem, que se midieron por medio de una escala tipo Likert de valor ascendente con respuestas que van desde " Cero " hasta " Cinco ", estos ítem contienen 7 factores que nos permitieron conocer las estrategias de afrontamiento que emplean las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, donde cada una de estas estrategias se encuentran intercaladas entre las estrategias centradas en el problema con las estrategias centradas en la

emoción, estos factores se encontraron en base al desarrollo del cuestionario y una validación realizada a través de un análisis factorial con 592 sujetos.

Las correlaciones que encontraron los autores del instrumento con los 7 factores fueron bajas o moderadas ya que presentaron una media que oscila alrededor de 0,40, lo que apoya la independencia de las diferentes estrategias de afrontamiento; en lo que respecta a la confiabilidad medida por el alfa de Cronbach osciló de .64 a .92 en los 7 factores, denotándose que este instrumento fue el adecuado para la recolección de los datos y la medición de la variable de afrontamiento que se propuso ya que sus propiedades psicométricas de validez y confiabilidad son las recomendadas en sus valores de recomendables.

Es importante señalar que a la fecha de concluir el estudio, por nuestra parte solo se sometió a los análisis de confiabilidad (alfa de Cronbach) el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), donde arrojó un alfa estandarizado de .82, lo cual lo hace un instrumento confiable para su aplicación en la psicología de la salud, quedando pendiente de la validación del mismo. Considerando que en México no se encontraron escalas o instrumentos que se hayan construido o validado para la medición de este factor, encontrándose solo una escala de afrontamiento pero para riesgos extremos (López E. Y Marvan M 2004)

2. CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO:

Para la medición del auto cuidado se llevo a cabo la aplicación del cuestionario de los autores: Russell Glasgow y Deborah Toobert, del Año 2000, cuya estructura contiene 25 ítem, que se midieron por medio de una escala tipo Likert de valor ascendente con respuestas que van desde "cero" hasta "siete", estos ítem contienen 5 factores que permitieron conocer las diferentes actividades de auto cuidado que emplean las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, donde cada factor se encuentra intercalado entre las actividades que tiene que ver con la dieta específica, el ejercicio, la medicación, el chequeo de los niveles de azúcar en la sangre, el cuidado del pie y el hábito de fumar,

estos factores se encontraron en base al desarrollo del cuestionario y una validación realizada a través de un análisis factorial 1998 sujetos.

Los 5 factores que encontraron los autores del cuestionario son: dieta general, dieta específica, ejercicio, chequeo de los niveles de glucosa en sangre, cuidado del pie, y medicación. Las correlaciones que se encontraron en el instrumento con los 5 factores fueron aceptables ya que presentaron una media que oscila alrededor de 0,47 lo que apoya la independencia entre los factores con relación a las diferentes actividades de auto cuidado, En lo que respecta a la confiabilidad medida por el alfa de Cronbach, esta fue de 0,78 en los 5 factores, denotándose que este instrumento fue el adecuado para la recolección de los datos y la medición de la variable de auto cuidado que se propuso ya que sus propiedades psicométricas de validez y confiabilidad son las recomendadas en sus valores.

Es importante señalar que a la fecha de concluir el estudio, solo se sometió a los análisis de confiabilidad (alfa de Cronbach) el cuestionario de actividades de autocuidado de los autores: Russell Glasgow y Deborah Toobert, del Año 2000, donde arrojó un alfa estandarizado de ,54 lo cual lo hace un instrumento no confiable para su aplicación en la psicología de la salud, quedando pendiente de la validación del mismo. Encontrándose este instrumento en una revisión de las escalas de auto cuidado existentes (Gallegos E., 1998, Mendoza C., Cabrero J., Martínez M. Ortiz M., Cabañero M. 2005).

3.1.3 VARIABLES

Para la presente investigación se plantearon las siguientes variables de estudio: estrategias de afrontamiento como variable dependiente y el autocuidado como variable independiente

3.2 PROCEDIMIENTO

La recolección de los datos se llevó a cabo haciendo una invitación a los pacientes para participar en el estudio por medio de una carta por escrito y a través de una carta de consentimiento, cuando ellos acudieron a la consulta externa, a los consultorios de endocrinología y al centro de educación en diabetes del Hospital Universitario, a su chequeo de los niveles de glucosa en sangre o a la consulta de rutina que tenían programada.

Los pacientes que aceptaron su participación se encontraban citados para la consulta, además de que cubrían los requisitos de inclusión. La aplicación de la cedula de entrevista y de cada uno de los instrumentos fue en forma de entrevista individual en las distintas áreas que se destinaron por parte de los responsables de los consultorios del hospital al que se acudió y que esta localizado en la ciudad de Monterrey Nuevo León.

3.2.2 ANALISIS ESTADÍSTICO

En lo referente al análisis estadístico de los datos, se realizaron análisis descriptivos para las variables sociodemográficas y del control y tratamiento de la enfermedad, en cuanto a la relación de las estrategias de afrontamiento y las actividades de auto cuidado se sometieron los datos a la prueba del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r). Ya que el fin fue poder conocer la correlación en los puntajes de los integrantes de la muestra con relación a las dos variables. Además se aplicó la prueba de la t de student para poder conocer si existían diferencias en los puntajes de los grupos de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 respecto al afrontamiento y al auto cuidado, considerando que ambas pruebas si cumplían con los supuestos de las pruebas paramétricas.

3.2.3 ASPECTOS ETICOS

De acuerdo a los apartados que se marcan dentro del código ético de los psicólogos propuesto por la A.P.A., en los cuales se provee de un conjunto de valores en los cuales los psicólogos pueden basar su trabajo profesional y científico, estando insertos en un contexto social, político y cultural, reflejados estos valores en una serie de estándares éticos en la investigación, a los cuales, los psicólogos deben de adaptarse a los principios y reglas generales, ser salvaguardias enterados para proteger los derechos y el bienestar de las personas o comunidades cuyas vulnerabilidades pueden ser dañadas cuando se toman decisiones autónomas, esto desde el apartado de las acciones profesionales de dicho código (A. P. A., 2002). En lo que respecta al código ético de la sociedad mexicana de psicología, también se plantea que existen normas de conducta, que se basan en una serie de principios y acciones éticas, que están en función de la calidad de las intervenciones psicológicas, también en la calidad de la enseñanza- supervisión e investigación, y en los resultados del psicólogo: Como lo es la comunicación de resultados y la confidencialidad de los mismos (Código ético de sociedad mexicana de psicología, 2005).

Por lo que este estudio se basó en los anteriores principios y consideraciones éticas y para cada persona, se hizo un primer contacto para explicarle en que consistía la actividad e invitarle de manera verbal y por escrito a participar en la investigación, aceptando ellos través de la firma de una carta de consentimiento informado que se proporciono antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS

4.1 INTRODUCCIÓN

La recolección de los datos se llevó a cabo en Hospital Universitario de la U. A. N. L. localizado en la ciudad de Monterrey Nuevo León, haciendo una invitación a los pacientes para participar cuando acudieron a la consulta externa, a los consultorios de endocrinología y al centro de educación en diabetes en el turno matutino con un horario de 7:00 a.m. a 11:00 a.m. a su chequeo de los niveles de glucosa en sangre y de presión arterial o a la consulta de rutina que tenían programada, comentándoles el objetivo del estudio.

La aplicación de la cedula de entrevista y de cada uno de los instrumentos fue en forma de entrevista individual con personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, entre mujeres y hombres, la recolección de los datos se realizo en las áreas que se destinaron por parte de los responsables de los consultorios del Hospital Universitario de la U. A. N. L. De esta manera el tamaño de la muestra fue de 94 participantes.

En primer lugar se describe la población de estudio a través de las variables sociodemográficas, se describen también una serie de factores importantes para el ajuste y adaptación a la enfermedad como lo son: antecedentes de enfermedad y servicio medico, historia del padecimiento de la diabetes, el conocimiento e información acerca de la diabetes mellitus tipo 2, el control terapéutico de la enfermedad y los distintos recursos para el control de la enfermedad por medio de frecuencias, porcentajes y medias según el tipo de variable. En segundo lugar se describen, los resultados obtenidos en cuanto a los objetivos e hipótesis planteadas para esta investigación, que están en función de las variables estrategias de afrontamiento y el autocuidado que realizan las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 en ambos géneros, con base a las pruebas estadísticas de Análisis factoriales exploratorios para ambas variables (AFE), con base a los análisis descriptivo de dichas variables

por cada uno de los sujetos participantes y con base a las pruebas del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r), y a la prueba paramétrica de la t de student (t) para muestras independientes, considerando los premisas o supuestos básicos implicados.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó un análisis de frecuencias respecto a las variables sociodemográficas de los pacientes, los antecedentes de enfermedad, el servicio médico con el que cuentan, así como para la historia del padecimiento de su diabetes, el conocimiento e información que tienen acerca de la diabetes mellitus tipo 2, además, para el tipo de actividades que llevan a cabo para el control terapéutico de la enfermedad y para los distintos recursos que emplean para el control de la misma, a continuación se muestran para cada uno de estos, tanto las frecuencias como el porcentaje (Frec. y %) obtenido sobre el total de la muestra así como la media (Med.) En las variables que así sea necesario.

Tabla 1. PERFIL DE LA MUESTRA:

Género

	Frec.	%
Femenino	64	68.1
Masculino	30	31.9
Total	94	100

Escolaridad

	Frec	%
Ninguna	18	19.1
Primaria	43	45.7
Secundaria	9	9.6
Bachillerato	6	6.4
Carrera técnica o com.	10	10.6
Licenciatura	8	8.5
Total	94	100

Ocupación

	Frec.	%
Hogar	56	59.6
Empleado	17	18.1
Comercio	17	18.1
Ninguna	1	1.1
Pensionado	3	3.2
Total	94	100

Estado civil

	Frec.	%
Casado	65	69.1
Divorciado	4	4.3
Soltero	11	11.7
Separado	2	2.1
Viudo	6	6.4
Unión libre	6	6.4
Total	94	100

Religión

	Frec.	%
Católica	80	85.1
Cristiana	8	8.5
Bautista	3	3.2
Otra	1	1.1
Testigo de Jehová	2	2.1
Total	94	100

Rol que Ocupa en la Familia

	Frec.	%
Padre	20	21.3
Madre	47	50.0
Abuelo	2	2.1
Abuela	2	2.1
Hijo	5	5.3
Hija	4	4.3
Esposo	3	3.2
Esposa	6	6.4
Tía	2	2.1
Pareja	3	3.2
Total	94	100

Ingresos Económicos

	Frec.	%
0-2000	29	30.9
2100-3000	13	13.8

3100-5000	26	27.7
5100-8000	14	14.9
8100-10000	7	7.4
10000 O Más	5	5.3
Total	94	100

Edad

Med.	53 Años
------	---------

Como se puede observar en la tabla 1, la muestra de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 de 94 sujetos, se estableció de la siguiente forma: en la distribución del género, la gran mayoría de los pacientes son mujeres (68,1 %) siendo madres de familia la mayoría y en menos cantidad los hombres (31,9); con una escolaridad de primaria (45,7 %); la mayoría de los participantes se dedican al hogar (59,6), En lo que corresponde al estado civil se observa que la mayoría son casadas (69,1%), y de religión católica (85,1); En cuanto al nivel económico que se observa en la muestra, tenemos que la mayoría de los participantes es de clase social baja, con ingresos por debajo de los 2000 pesos (30.9%), En lo que respecta a la distribución de edades, la media es de 53 años.

Tabla 2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y SERVICIO MEDICO

Antecedentes Heredofamiliares

	Frec.	%
Si	62	66.0
No	31	33.0
No sabe	1	1.1
Total	94	100

Antecedentes Personales

	Frec.	%
Si	16	17.0
No	77	81.9
No sabe	1	1.1
Total	94	100

Obesidad

	Frec.	%
Si	38	40.4
No	55	58.5
No sabe	1	1.1
Total	94	100

Ingresos Hospitalarios Previos

	Frec.	%
Si	34	36.2
No	60	63.8
Total	94	100

Servicio Medico

	Frec.	%
IMSS	21	22.3
ISSTE	1	1.1
Particular	6	6.4
H. U	66	70.2
Total	94	100

Tiempo Transcurrido desde la Última Consulta

	Frec.	%
Años	8	8.5
Meses	66	70.2
Días	20	21.3
Total	94	100

De acuerdo a los datos de la tabla 2, es posible observar que una cantidad importante de los participantes en este estudio reportan que el padecimiento de la diabetes mellitus la presenta algunos de sus padres o abuelos (66.0 %) y que por tanto tienen la enfermedad debido a la herencia, no siendo así con aquellos pacientes que mencionan que su padecimiento de la enfermedad no se debe a factores personales (81.9 %) tales como sedentarismo, infartos.

En cuanto a otro factor determinante de la diabetes, la obesidad, los participantes reportan que no tienen obesidad (58.5 %), sin embargo la cantidad que si menciona que presenta este aspecto es muy importante también (40.4%), lo cual muestra una cierta semejanza en la distribución de los integrantes de la muestra en cuanto a este factor. En lo referente a los ingresos hospitalarios previos que pudieron haber tenido los pacientes antes del diagnóstico y que puede ser un elemento de importancia para el permanente cuidado de su salud, se observa que la mayoría no paso por algún proceso de hospitalización antes de padecer la diabetes (63.8%), En lo que respecta al tipo de servicio medico con el que cuentan los integrantes de la muestra, se puede observar que la mayoría utiliza los servicios del Hospital Universitario (70.2 %),

así como la frecuencia de asistencia a la consulta médica por parte del grupo de pacientes se observa que la realizan después de que han transcurrido uno o varios meses después de la última vez que lo hicieron (70.2 %).

TABLA 3. HISTORIA DEL PADECIMIENTO DE LA DIABETES

Recibía Atención Médica Previa

	Frec.	%
Si	33	35.1
No	61	64.9
Total	94	100

Factores Precipitantes del Diagnóstico

	Frec.	%
Análisis Generales	29	30.9
Fatiga	11	11.7
Hospitalización por otras causas	4	4.3
Polidiurnia, Polidipsia y Polifagia	16	17.0
Perdida de peso sin explicación alguna	28	29.8
Astenia	6	6.4
Total	94	100

Edad del Diagnóstico de Diabetes

Med.	45.07 Años
------	------------

Años con Diabetes

Med.	7.43 Años
------	-----------

Glucemia en Ayunas

Med	148.59 mg/dl
-----	--------------

Institución o Lugar del Diagnóstico

	Frec.	%
IMSS	18	19.1
ISSTTE	3	3.2
SSA	9	9.6
Particular	23	24.5
H. U	41	43.6
Total	94	100

Como se puede observar en la tabla 3, y en relación a la historia del padecimiento de la enfermedad, es de relevancia conocer que la mayoría de los integrantes de la muestra no acudía o recibía atención médica previa al diagnóstico de la diabetes mellitus (64.9 %), relacionándose esta medida con los síntomas de la diabetes, ya que los pacientes obtuvieron el diagnóstico de la enfermedad por parte del médico al realizar exámenes de rutina generados por algún otro motivo de consulta (30.9 %), y también por la vía significativa de la pérdida de peso sin explicación alguna (29.8 %), siendo estos elementos los que en nuestra muestra se presentan como los más comunes y más significativos que otros típicos de la diabetes mellitus tipo 2 como lo son los síntomas característicos de la diabetes: Astenia, incremento del nivel de glucosa, sed, orinar, hambre.

En cuanto a otros aspectos del padecimiento de la enfermedad, se observa que con relación a la edad del diagnóstico de la diabetes, el promedio obtenido de la muestra denota que este se les presenta en una edad donde la mayoría de las personas aun cuentan con tiempo de vida laboral, social y familiar importante (Med 45.07 años), llamando más la atención este aspecto cuando el tiempo que ha transcurrido, desde que se dio el diagnóstico de diabetes mellitus al momento de realizar el presente estudio, es de un promedio de 7.43

Años, por lo que el tiempo posterior con el que contarían para el control y tratamiento eficaz del padecimiento puede ser aun importante, ya que les puede permitir obtener posibilidades reales de ajustarse y adaptarse a la diabetes mellitus.

Con relación al estado actual que tiene la enfermedad, se considera importante el retomar uno de los indicadores del estado de la diabetes mellitus: El nivel de glucemia en ayunas, donde del total de la muestra, el promedio general de glucemia refleja que se encuentra por encima de los niveles minimamente aceptables (148 mg/dl), lo cual denota que el tipo de cuidados no es el más recomendado. Además de considerar que a la institución o lugar de diagnóstico a la que acuden la mayoría de los participantes no difiere mucho de la institución a donde regularmente recurren al tratamiento de la diabetes (Hospital Universitario 43.6 %), manteniendo su cercanía y aceptación.

Tabla 4. CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN ACERCA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Sabe qué es la Diabetes

	Frec.	%
Si	64	68.1
No	30	31.9
Total	94	100

Sobre qué Conoce más de la Diabetes

	Frec.	%
Complicaciones	30	31.9
Sintomas	3	3.2
Causas	1	1.1
Dieta	6	6.4
Ejercicio	1	1.1
Medicamento	6	6.4
Dieta y ejercicio	5	5.3
Dieta y medicamento	3	3.2
Ejercicio y medicamento	1	1.1
Amputaciones	5	5.3
Amputaciones y cegueras	2	2.1
Ceguera	1	1.1
Medicamentos, dieta y chequearse la glucosa	4	4.3
Cuidado del pie	13	13.8
Dieta y ceguera	4	4.3
Muerte y dolor físico	2	2.1
Causas de la diabetes y complicaciones	2	2.1
medicamento, dieta y ejercicio	5	5.3
Total	94	100

Conoce las Consecuencias de la Diabetes

	Frec.	%
Si	78	83.0
No	16	17.0
Total	94	100

Conoce el Tratamiento de la Diabetes

	Frec.	%
Si	78	83.0
No	16	17.0
Total	94	100

Presenta Alguna Complicación de la Diabetes

	Frec.	%
Si	25	26.6
No	67	71.3
No sabe	2	2.1
Total	94	100

Tiene Educación en Diabetes

	Frec.	%
Si	60	63.8
No	34	36.2
Total	94	100

En la tabla 4, es posible conocer algunos aspectos importantes en cuanto al conocimiento e información que los pacientes tienen acerca de su padecimiento, como se observa, la mayoría de los participantes manifiesta conocer lo que es la diabetes (68.1 %), siendo el mayor conocimiento que tienen con lo referente a las complicaciones agudas o crónicas (31.9 %) y que de manera natural trae consigo el curso de la enfermedad, y de igual forma manifiestan conocer las consecuencias que trae consigo la misma (83.0 %) tales como, amputaciones, cegueras entre otras.

Asimismo los participantes mostraron menor conocimiento e información de los importantes e imprescindibles aspectos relacionados con el tratamiento de la diabetes. Con relación a este último punto, los datos que se muestran contradictorios son aquellos en los que una parte importante de la muestra reporta que si conoce en que consiste el tratamiento de la diabetes (83.0%).

En cuanto a las posibles complicaciones que puedan estar presentando, los pacientes reportan que aun no tienen alguna complicación de la enfermedad (71.3 %), y en cuanto al aspecto de que si ellos consideran que cuentan con una educación en diabetes, los participantes manifestaron que si cuentan con dicha preparación (63.8 %), mas no reflejándose esta educación de una manera importante y benéfica en los conocimientos, información y tratamiento que reportan tener sobre la enfermedad

Tabla 5. CONTROL TERAPEUTICO DE LA ENFERMEDAD

Prescripción medica que más realiza

	Frec.	%
Ejercicio	5	5.3
Dieta	11	11.7
Medicamento	39	41.5
Ejercicio y dieta	4	4.3
Ejercicio y medicamento	5	5.3
Medicamento y dieta	21	22.3
Alimentación, ejercicio y medicamento	6	6.4
Medicamento y chequearse la glucosa	1	1.1
Dieta, cuidado del pie y medicamento	2	2.1
Total	94	100

Realiza la Dieta Recomendada

	Frec.	%
Si	63	67.0
No	31	33.0
Total	94	100

Tipo de Alimentación:

Tipo de Alimento	Med.
Carne	2.84
Huevos	2.93
Leche	2.07
Cereal	2.22
Pescados	2.84
Fruta	2.28
Verduras	2.22
Papas Y Fritos	1.65
Frijoles	2.43
Coca-Cola, Pepsi	2.29
Hamburguesas, Hot-Dogs	1.68
Carne Asada	2.43
Garbanzós, Lentejas, habas	2.47
Pan De Azúcar	2.03
Nieve O Helados	1.54
Dulces	1.34

Toma Medicamentos Orales

	Frec.	%
Si	92	97.9
No	2	2.1
Total	94	100

Realiza Ejercicio y Actividad Física

	Frec.	%
Si	64	68.1
No	30	31.9
Total	94	100

Tiene Cuidado del Pie

	Frec.	%
Si	84	89.4
No	10	10.6
Total	94	100

Fuma Tabaco en la Actualidad

	Frec.	%
Nunca	84	89.4
Pocas veces	7	7.4
Frecuentemente	1	1.1
Siempre	2	2.1
Total	94	100.0

En que Situaciones suele Fumar

	Frec.	%
Solo	4	4.3
Fiestas	6	6.4
Trabajo	4	4.3
No fumo	78	83.0
Solo y fiestas	1	1.1
solo, familia y fiestas	1	1.1
Total	94	100.0

Cuantos Cigarrillos Fuma al Dia

	Frec.	%
Menos de 5	2	2.1
Entre 5 y 10	3	3.2
Entre 10 y 15	2	2.1
Entre 15 y 20 o más	2	2.1
Ninguno	85	90.4
Total	94	100

Cuantos Cigarrillos Fuma al Mes

	Frec.	%
Menos de 5	4	4.3
Menos de 20	6	6.4
Ninguno	84	89.4
Total	94	100

Su Riesgo de Tabaquismo es

	Frec.	%
Bajo	7	7.4
Medio	2	2.1
Alto	4	4.3
No tengo riesgo	81	86.2
Total	94	100

Consume Bebidas Alcohólicas

	Frec.	%
Nunca	80	85.1
Pocas veces	11	11.7
Frecuentemente	3	3.2
Total	94	100

En que Situaciones Suele Tomar

	Frec.	%
Solo	1	1.1
Familia	6	6.4
Fiestas	7	7.4
Trabajo	5	5.3
No tomo alcohol	73	77.7
Familia y fiestas	1	1.1
Solo y fiestas	1	1.1
Total	94	100

Cuántas Ocasiones Consumió Alcohol durante el Último Mes

	Frec.	%
Ninguna	77	81.9
De 1 a 3 ocasiones	11	11.7
En 4 o más ocasiones	6	6.4
Total	94	100

Su Riesgo de Alcoholismo Es

	Frec.	%
Bajo	18	19.1
Medio	5	5.3
No tengo riesgo	71	75.5
Total	94	100

Los resultados de la tabla 5, y en lo relacionado al control de la diabetes que los pacientes llevan a cabo, se encontraron que en lo que se refiere a la prescripción médica que más atienden es la de tomar los medicamentos orales que se les prescriben (41.5 %) por parte del equipo de salud que les está llevando a cabo el control del padecimiento.

Para efectos adecuados y benéficos del control de la diabetes mellitus es importante conocer otros factores que pueden influir en dicho control, en este sentido una cantidad importante de la muestra reporta que no consumen tabaco (89.4 %), y los que si llegan a consumir (10.6 %), en diferentes frecuencias, lo hacen en situaciones tales como fiestas o estando solos (10.7 %), en cuanto a la cantidad que consumen estos últimos por día, la mayoría reporta un consumo de entre 5 y 10 cigarrillos (3.2 %) y en cuanto al consumo por mes, manifiestan la cantidad que consumen es de menos de 20 cigarrillos, por lo que para este tipo de participantes que si consumen tabaco, el riesgo

que perciben de desarrollar un problema de consumo de esta sustancia Es de alto, medio y bajo (13.8%).

Con relación a la realización del otro aspecto importante para el adecuado manejo de la diabetes, el consumo de alcohol, se observa que la gran mayoría no consumen alcohol (85.1%), y lo que si llegan a consumir (14.9 %), en diferentes frecuencias, lo hacen en situaciones tales como fiestas, en familia o por cuestiones de trabajo (19.1 %), en cuanto a la cantidad que consumen estos pacientes, durante él ultimo mes, la mayoría reporta un consumo de entre 1 a 3 ocasiones (32 %), por lo que para este tipo de participantes que si consumen alcohol, el riesgo que perciben de desarrollar un problema de consumo de esta sustancia es de medio y bajo(24.4%).

TABLA 6. RECURSOS PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Tiene Medidor de Glucosa

	Frec.	%
Si	22	23.4
No	72	76.6
Total	94	100

Frecuencia de medición de la glucosa

	Frec.	%
Día	9	9.6
Semana	18	19.1
Mes	67	71.3
Total	94	100

Otra forma de Chequearse los Niveles de Glucosa

	Frec.	%
Ninguna	61	64.9
Laboratorio	33	35.1
Total	94	100

Se Aplica Insulina

	Frec.	%
Si	9	9.6
No	85	90.4
Total	94	100

De acuerdo a los datos de la tabla 6, los recursos con los que cuentan los pacientes para el control de su enfermedad, están en función básicamente de la asistencia que realizan de manera no muy frecuente a las instituciones de salud, ya que una cantidad muy mínima es la que cuenta con medidor de glucosa (23.4 %), siendo este recurso muy importante para el auto monitoreo del curso que tiene la diabetes, Llamando más la atención la frecuencia con la que los pacientes realizan dicho monitoreo, ya que lo realizan uno o varios meses después de que realizaron el ultimo (71.3 %), lo cual coincide con el no tener el aparato en casa y reflejando que no tienen ninguna otra forma de checar la glucosa y que únicamente recurren al chequeo cuando acuden a La cita medica programada en el hospital.

De igual forma se considero importante indagar acerca del uso de la insulina como apoyo del tratamiento, encontrándose que es una cantidad muy baja de los participantes (9.6 %) la que alterna este recurso con el resto de las prescripciones medicas.

Los anteriores elementos nos dan la pauta a continuación para llevar a cabo la descripción que corresponde a los resultados obtenidos con relación a los objetivos e hipótesis que aquí se han planteado para el estudio.

4.3 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

ANÁLISIS FACTORIAL DE AFRONTAMIENTO:

Con la finalidad de analizar la estructura del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), y poder conseguir un numero menor de variables y de facilitar los análisis estadísticos posteriores, se realizaron diversos análisis factoriales exploratorios de los componentes principales de extracción de máxima verosimilitud. Se retomó y se propuso este tipo de análisis factorial exploratorio ya que el fin inicial era explicar el porcentaje de varianza compartida por un conjunto de p variables fuertemente relacionadas, la finalidad no fue definir nuevas variables, sino determinar y caracterizar las dimensiones teóricas subyacentes planteadas en las variables de estudio, sin llegar en este primer

momento al análisis factorial confirmatorio donde uno de sus fines es el desarrollo y validación de la escala.

Además de que en este trabajo se confirmó que era posible realizar el análisis factorial exploratorio ya que se cumplieron con los requisitos o supuestos de la prueba y que se proponen para su realización, como lo es la interdependencia, es decir, la correlación lineal entre las variables (> 40), la normalidad multivariada de en la distribución de la muestra ($K-S > 05$) y el tener en cuenta las consideraciones que se proponen para el uso de una escala métrica de medición (de intervalo o de razón) u ordinal que estadísticamente se puede considerar como intervalo asumiendo un supuesto de continuidad al menos por intervalos (Likert).

El primer análisis factorial que se llevo a cabo para detectar la estructura y la variación en las cargas de los ítems y así conocer la distribución de los mismos con relación a la varianza explicada, no se le pidió al programa número de factores específico. El análisis mostró un total de 14 factores que explicaron un total de la varianza explicada del 71.19 % siendo esta alta. Este primer análisis fue descartado debido a que en la estructura que mostró y la distribución de las variables, agrupaban en una gran cantidad factores con un solo ítem.

Donde el primer factor contaba con un total de seis variables el segundo también agrupando seis ítem, pero que a partir del sexto factor ya las variables agrupadas eran muy bajas, de una a tres por factor, obligando a que el resto de los seis factores estuviesen compuestos por una cantidad mínima de ítem. Debido a eso se realizó otro análisis factorial especificando a cinco factores, con el fin de obtener una cantidad menor de factores, una mejor estructura y una mejor distribución de las variables en la misma. Cuidando siempre que la varianza en las cargas de los ítems arrojara una mejor estructura factorial.

El análisis factorial presentó una varianza explicada con menor porcentaje (41.83 %), lo que trajo como consecuencia una estructura factorial desequilibrada, ya los primeros factores agrupaban una mayor cantidad de ítem, el primero con nueve y el segundo con doce, y el resto con número de

ítem mas bajo, por lo que la variación de las cargas fue muy alta, afectando así la estructura y la distribución equilibrada de las variables, puesto que una gran cantidad de estas, se repetían en el resto de los otros factores creando una mezcla de contenidos o aparecían con cargas mínimas o nulas, afectando así de una manera importante la claridad de los factores.

Estos resultados permitieron determinar el llevar a cabo otro análisis factorial proponiendo como solución del número de factores propuestos por los autores del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín y Chorot 2002), los cuales señalan una estructura factorial basada en siete factores, y de acuerdo a los resultados que se obtuvieron del análisis, este arrojó una distribución de las variables por cada factor muy equilibrada en la totalidad de ellos, ya que la mayoría de los factores, seis en total, muestran entre cinco y siete variables agrupadas, solo un factor agrupa solo 3 variables, este tercer y último análisis nos mostró un total de la varianza explicada del 50.30 %, con una carga factorial por cada ítem del .40, observándose una menor afectación en su variación y mostrándose mas estable, arrojando, por un lado también un coeficiente de suficiencia mínimo requerido ($KMO=68.8\%$) y por el otro, una estructura factorial total que agrupa y distribuye de una manera mas optima la mayoría de los ítem del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), permitiendo esto mejores condiciones para categorizarlos teóricamente

Tabla 7. Análisis Factorial del Cuestionario de Afrontamiento

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
Afront13	804						
Afront27	.747						
Afront20	683						
Afront34	.675						
Afront22	599						
Afront6	436						
Afront41	432						
Afront26		699					
Afront40		679					
Afront5		641					
Afront12		505					
Afront8		472		413			
Afront17		460					
Afront24		407					

Afront7			755				
Afront21			730				
Afront42			699				
Afront35			644				
Afront14			569				
Afront39			483			- 414	
Afront3				682			
Afront1				674			
Afront29				657			
Afront15				633			
Afront10				432			
Afront33				425			
Afront36				415			
Afront4					799		
Afront25					686		
Afront11					672		
Afront32					630		
Afront18					514		
Afront9						772	
Afront2						536	
Afront23						497	
Afront19						420	
Afront38							579
Afront16							495
Afront37							480
Eigenvalue	6.86	3.93	2.48	2.25	2.04	1.86	1.69
Pct. De var.	16.33%	9.37%	5.90%	5.36%	4.85%	4.44%	4.03%
Total varianza explicada							50.31%

En la tabla 7, los resultados muestran 7 factores que explican el 50.3 % de la varianza. Como podemos observar, el primer factor agrupa las variables: Pido un consejo a un pariente o amigo para enfrentar mejor la diabetes (Variable 13). Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me siento mal (Variable 27). Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca de mi enfermedad (Variable 20). Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cual es el mejor camino a seguir con mi diabetes (Variable 34). Hablo con personas con diabetes para encontrar una solución (Variable 22) Le cuento a mis amigos y familiares como me siento (Variable 6) Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito expresar mis sentimientos (Variable 41). Factor que hemos denominado **"BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL"**. El segundo factor que se obtuvo esta compuesto por las variables: Procuero no pensar en la diabetes (Variable 26) Intento olvidarme de todo (Variable 40).

Cuando me acuerdo de la diabetes, me concentro en otras cosas (Variable 5). Me concentro en el trabajo o en otras personas para olvidarme de la diabetes (Variable 12). Trato de solucionar la diabetes siguiendo pasos bien pensados (Variable 8). Descubro que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por mí (Variable 17) Comprendo que otras cosas son para mí más importantes que la diabetes (Variable 24) Pienso que no hay mal que por bien no venga (Variable 31), al cual hemos denominado **"OLVIDO-RESIGNACION"**. El tercer factor esta compuesto por las variables: Asisto a la iglesia (Variable 7). Acudo a la iglesia para rogar que se solucione mi diabetes (Variable 21) Acudo a la iglesia para poner velas y rezar (Variable 42). Rezo (Variable 35). Pido ayuda espiritual ante mi enfermedad (Variable 14) Lucho y me desahogo expresando mis sentimientos (Variable 39), el cual hemos denominado **"MÁGICO-AFECTIVO"**. El cuarto factor agrupa las variables: Intento concentrarme en los aspectos positivos de la diabetes (Variable 3) Trato de analizar las causas de la diabetes para poder hacerle frente (Variable 1). Hago frente a la diabetes proponiendo soluciones concretas (Variable 29). Establezco un plan de acción para la diabetes y procuro llevarlo a cabo (Variable 15). Intento sacar algo positivo de la enfermedad (Variable 10). Practico algún deporte para olvidarme de la diabetes (Variable 33). Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes (Variable 36), al cual se ha nombrado **"CENTRADO EN EL PROBLEMA"**. El quinto factor que se obtuvo esta compuesto por las variables: Descargo mi mal humor con los demás (Variable 4). Agredo a algunas personas (Variable 25). Insulto a ciertas personas (Variable 11) Me irrito con la gente (Variable 32). Me comporto de forma hostil hacia los demás (Variable 18) Al cual se le denomino **"DESCARGA EMOCIONAL NEGATIVA"**. El sexto factor agrupa las variables: No he hecho nada concreto con la diabetes, ya que las cosas siempre están mal (Variable 9) Me convengo de que haga lo que haga con la diabetes siempre me saldrán mal las cosas (Variable 2) Me siento indefenso e incapaz de hacer algo positivo para cambiar mi diabetes (Variable 23). Salgo al cine, a cenar, a dar una vuelta, para olvidarme de la enfermedad (Variable 19). Al que se denomino **"PASIVO-INDEFENSO"** El séptimo factor que se obtuvo esta compuesto por las variables Compruebo que las cosas pudieron haber ocurrido peor (Variable 38). Comprendo que yo soy el principal causante de mi

enfermedad (Variable 16) Me resigno a aceptar las cosas como son (Variable 37). Al que se le ha denominado "ACEPTACIÓN".

Las siete dimensiones encontradas corresponden en lo general, en sus contenidos centrales, básicamente con los postulados clásicos del modelo transaccional de afrontamiento de los autores Lazarus y Folkman (1984) con relación a las estrategias de afrontamiento centradas al problema y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; sin embargo es importante señalar que nuestros resultados obtenidos presentan diferencias en cuanto a la similitud total con el modelo, las cuales se dan, por un lado, con el número de estrategias de afrontamiento encontradas en este estudio, sumando un total de siete y donde el modelo transaccional solo especifica un total de dos grandes dimensiones de afrontamiento mencionadas anteriormente, y por el otro, con el principal tipo de afrontamiento que propone dicho modelo, ya que ahí se plantea que una de las más importantes orientaciones de éste, es el afrontamiento centrado en el problema, y que en el presente estudio se antepone como el principal afrontamiento, aquel que está centrado en la emoción, del cual se hablara en detalle más adelante

De manera similar, observamos que nuestros resultados obtenidos corresponden en lo general con las planteadas por los autores del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) elaborado por los autores Sandín y Chorot (2002). Con el fin de ofrecer de una manera visual y más clara la estructura factorial encontrada en el presente estudio y su relación o diferencia y con los propuestos por los autores del instrumento Sandín y Chorot (2002), a continuación se muestra la siguiente tabla de comparación:

Tabla 8. Comparativa de Ambas Estructuras Factoriales

Factores en este estudio	Factores por Sandin Y Chorot
Factor 1 Búsqueda de Apoyo Social	Factor 1 Busqueda de Apoyo Social

Factor 2. Olvido-Resignación	Factor 2 Expresión Emocional Abierta
Factor 3 Mágico-Afectivo.	Factor 3 Religión
Factor 4 Centrado en el problema	Factor 4 Focalizado en la solución del problema
Factor 5 Descarga Emocional Negativa	Factor 5 Evitación
Factor 6 Pasivo-Indefenso	Factor 6 Auto Focalización Negativa
Factor 7 Aceptación	Factor 7 Reevaluación Positiva

De acuerdo a las similitudes y diferencias que se encontraron en cuanto a la estructura factorial que arrojó nuestro propio análisis con la estructura de factores planteada por de los autores que construyeron el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), nos dan pauta ahora para realizar una serie de consideraciones que a continuación se describen.

En un primer momento, las principales similitudes que se dieron entre ambas estructuras factoriales estriba en los siguientes elementos, el aspecto de relación es el factor numero uno y que se asemeja al encontrado por los creadores de dicho instrumento, se le ha denominado búsqueda de apoyo social, el segundo elemento de concordancia es el factor numero tres, al cual se le ha denominado por nuestra parte " Mágico-Afectivo" que los creadores del cuestionario lo han llamado "Religión", el tercer elemento de relación es el factor numero cinco, al cual de nuestra parte se le ha categorizado como " Centrado en el problema" y en contraparte se le ha denominado " Focalizado en la solución del problema", el cuarto aspecto de concordancia es el factor numero siete, al cual lo hemos denominado "Aceptación" y que los autores del cuestionario lo han llamado "Reevaluación positiva"

Cabe señalar que el numero de ítem que se presento en nuestro análisis prácticamente corresponde aproximadamente en su mayoría con el numero de variables agrupadas en los factores propuestos por los autores del

cuestionario, sucediendo lo mismo con las cargas factoriales de los ítem de los dos análisis realizados y con el porcentaje de varianza de cada uno de los factores en concordancia mencionados anteriormente.

En un segundo momento y retomando ahora las diferencias encontradas entre ambas estructuras factoriales, se describen a continuación los elementos implicados en ese sentido, el primer aspecto que estableció una diferencia corresponde al factor número dos el cual lo hemos denominado de nuestra parte "Olvido-Resignación" y los autores han llamado a su segundo factor "Expresión Emocional Abierta", el segundo aspecto de diferencia es el factor número cinco al cual de nuestra parte lo hemos llamado "Descarga Emocional Negativa" y en contraparte se le ha denominado " Evitación", el tercer y último elemento de diferencia entre ambas estructuras, lo hemos denominado de nuestra parte "Pasivo-Indefenso" y los autores del cuestionario de afrontamiento al estrés le han llamado "Auto focalización negativa". Es importante señalar que el número de ítem que se presentó en nuestro análisis prácticamente muestra diferencias significativas con el número de variables agrupadas en los factores propuestos por los autores del cuestionario, sucediendo lo mismo con las cargas factoriales de los ítem y con el porcentaje de varianza de cada uno de los factores.

Tomando como base lo anterior, y retomando los resultados de nuestro análisis factorial antes planteados, podemos comentar que el tipo de afrontamiento que predomina en lo general en nuestra muestra, esta compuesto por estrategias de afrontamiento variadas y de distintas composiciones, ya que se observan distintos esfuerzos cognitivos y comportamentales para el ajuste, adaptación y control de la diabetes mellitus tipo 2.

ANÁLISIS FACTORIAL DE AUTOCUIDADO:

En lo que respecta al análisis de la estructura de la escala de actividades de autocuidado de la diabetes, y para poder conseguir un número menor de variables y facilitar los análisis estadísticos posteriores, se realizó un análisis factorial de los componentes principales de extracción de máxima verosimilitud

Se retomo y se propuso este tipo de análisis factorial exploratorio ya que el fin inicial era explicar el porcentaje de varianza compartida por un conjunto de p variables fuertemente relacionadas, la finalidad no fue definir nuevas variables, sino determinar y caracterizar las dimensiones teóricas subyacentes planteadas en las variables de estudio, sin llegar en este primer momento al análisis factorial confirmatorio donde uno de sus fines es el desarrollo y validación de la escala.

Además de que en este trabajo se confirmó que era posible realizar el análisis factorial exploratorio ya que se cumplieron con los requisitos o supuestos de la prueba y que se proponen para su realización, como lo es la interdependencia, es decir, la correlación lineal entre las variables ($>.40$), la normalidad multivariada de en la distribución de la muestra ($K-S > .05$) y el tener en cuenta las consideraciones que se proponen para el uso de una escala métrica de medición (de intervalo o de razón) u ordinal que estadísticamente se puede considerar como intervalo asumiendo un supuesto de continuidad al menos por intervalos (Likert).

El análisis factorial se llevo a cabo para detectar la estructura y la variación en las cargas de los ítems y así conocer la distribución de los mismos con relación a la varianza explicada, donde se le solicito al programa número de factores específico.

Estos aspectos permitieron determinar el llevar a cabo el análisis factorial proponiendo como solución del número de factores propuestos por los autores de la escala de actividades de autocuidado (Toobert, D., Hampson, S. y Glasgow, R. 2000) Los cuales señalan una estructura factorial basada en cinco factores, y de acuerdo a los resultados que se obtuvieron del análisis, este arrojó una distribución de las variables por cada factor muy equilibrada en la totalidad de ellos, ya que la mayoría de los factores, cinco en total, muestran entre dos y tres variables agrupadas, este análisis nos mostró un total de la varianza explicada del 69.09 %, con una carga factorial por cada ítem del .40, observándose una menor afectación en su variación y mostrándose mas estable Arrojando una estructura factorial total que agrupa y distribuye de una

manera mas optima la mayoría de los items de la escala de actividades de autocuidado, permitiendo esto mejores condiciones para categorizarlos teóricamente.

En la siguiente tabla se presenta el análisis factorial de autocuidado.

Tabla 9. Análisis Factorial de la escala de autocuidado de la diabetes

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Auto1	.914				
Auto2	.903				
Auto10		.756			
Auto9		.669			
Auto5			.900		
Auto6			.843		
Auto4				.761	
Auto8				.582	
Auto3				.519	
Auto11					.411
Auto7					.869
Eigenvalue	2.12	1.73	1.33	1.28	1.12
Pct. De var.	19.28%	15.75%	12.17%	11.67%	10.19%
Total varianza explicada					69.09%

En la tabla 8, los resultados muestran 5 factores que explican el 69.09% de la varianza. Como podemos observar, el primer factor agrupa las variables: En promedio, durante el pasado mes, cuántos días por semana ha seguido su plan alimenticio (Variable 1). En promedio, durante el pasado mes, cuántos días por semana ha seguido su plan alimenticio (Variable 2). Factor que hemos denominado "REALIZACION DE LA DIETA". El segundo factor que se obtuvo esta compuesto por las variables: En cuántos de los últimos siete días revisó dentro de sus zapatos (Variable 10). En cuántos de los últimos siete días se revisó los pies (Variable 9) Al cual hemos denominado "CUIDADO DEL PIE". El tercer factor esta compuesto por las variables: En cuántos de los últimos siete días participó en una actividad física de al menos 30 minutos (total de minutos de actividad continua incluyendo caminar), (variable 5) en cuántos de

los últimos siete días participó en una sesión de ejercicio específica (como nadar, caminar, andar en bicicleta) diferente de lo que hace dentro de la casa (Quehaceres, limpieza) o como parte de su trabajo (Variable 6). El cual hemos denominado **“REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA”**. El cuarto factor agrupa las variables en cuántos de los últimos siete días ha comido alimentos altos en grasas tales como carne roja o productos lácteos grasos (variable 4). En cuántos de los últimos siete días realizó los análisis de azúcar en la sangre según la recomendación de su doctor (variable 8). En cuántos de los últimos siete días ha comido cinco o más porciones de frutas y verduras (variable 3). Al cual se ha nombrado **“ORGANIZACIÓN DE LA DIETA Y CHEQUEO DE LA GLUCOSA”**. El quinto factor que se obtuvo esta compuesto por las variables: Ha fumado un cigarro – aunque sea uno solo- en los últimos siete días- (variable 11). En cuántos de los últimos siete días realizó un análisis de azúcar en la sangre (Variable 7). Al cual se le denomino **“TABACO Y DE CHEQUEO DE LA GLUCOSA”**.

Las cinco dimensiones de autocuidado encontradas corresponden en lo general, con los postulados clásicos de la teoría del déficit de autocuidado de la autora D. Orem (1995) con relación al autocuidado, las actividades implicadas en el mismo y al déficit resultante del autocuidado. Sin embargo es importante señalar que nuestros resultados obtenidos presentan diferencias con los datos de los creadores de la escala, las cuales se dan, con el orden de importancia en que se proponen las actividades de autocuidado en dichos modelos. Ya que aparte de ellos se plantea que una de las más importantes manifestaciones de éste aspecto de cuidado, es la actividad de la realización de la dieta, y que en el presente estudio se antepone como principal actividad, de igual manera, la realización de la dieta, sin embargo, es de señalarse que en uno de los aspectos donde si se obtuvo una diferencia importante con los autores de el cuestionario es el factor de el cuidado del pie, que aparece en un segundo lugar de importancia y que a diferencia con los creadores de la escala se observa que no aparece, lo cual denota el tipo de atención a la enfermedad en nuestra muestra esta mas enfocada hacia el tratamiento y no a la prevención.

Observamos que nuestros resultados obtenidos corresponden de una manera parcial con las planteadas por los autores de la escala de actividades de autocuidado (Toobert, D., Hampson, S. y Glasgow, R. en el año 2000). Con el fin de ofrecer de una manera visual y más clara la estructura factorial encontrada en el presente estudio y su relación o diferencia y con los propuestos por los autores del instrumento, a continuación se muestra la siguiente tabla de comparación:

Tabla 10. Comparativa de Ambas Estructuras Factoriales

Factores en este estudio	Factores por Toobert, Hampson y Glasgow.
Factor 1. Realización de la dieta.	Factor 1. Realización de la dieta
Factor 2. Cuidado del pie.	Factor 2. Realización de Actividad física.
Factor 3. Realización de actividad física.	Factor 3. Chequeo de glucosa en sangre.
Factor 4. Organización de la dieta y Chequeo de glucosa.	Factor 4. Uso de medicamento
Factor 5. Tabaco y chequeo de la glucosa.	Factor 5. Consumo de tabaco.

De acuerdo a las similitudes y diferencias que de nuestra parte se encontraron con relación a la estructura de factores planteada por de los autores que construyeron la escala de actividades de auto cuidado, Toobert, D., Hampson, S y Glasgow, R en el año 2000, nos dan pauta ahora para realizar una serie de consideraciones que se señalan a continuación.

Es importante señalar que la principal similitud que se encontró entre ambas estructuras factoriales estriba en la relación que se da con el factor numero uno y que se asemeja al encontrado por los creadores de dicho instrumento, al cual se le ha denominado realización de la dieta. El segundo elemento en el

que se presenta una diferencia es en el factor numero dos, al cual se le ha denominado por nuestra parte "Cuidado del Pie" y que por su parte, que los creadores de la escala lo han llamado "Realización de la Actividad Física". El tercer elemento en el que se marca una diferencia es en el factor numero tres, al cual de nuestra parte se le ha categorizado como "Realización de Actividad Física" y en contraparte por los autores de la escala se le ha denominado "Chequeo de Glucosa en Sangre" El cuarto y ultimo aspecto de diferencia es el factor numero cuatro, al cual lo hemos denominado "Tipo de dieta y chequeo de la glucosa." Y que los autores del cuestionario lo han llamado "Uso de Medicamento" "Consumo de Tabaco". El quinto factor que compone las estructuras factoriales y que también denota una diferencia el que hemos denominado de nuestra parte como "Tabaco y de chequeo de la Glucosa". Y que los autores lo han llamado "Consumo de Tabaco".

Tomando como base lo anterior es posible realizar una serie de consideraciones y reflexiones en torno al tipo de autocuidado que predomina en lo general en nuestra muestra. La principal actividad de autocuidado que se reporta se encuentra orientada a la realización de la dieta que se les prescriben, basándola en la frecuencia y el tipo de alimento que consumen, y que como se pudo observar en los apartados iniciales de este capítulo, es posible análisis que la realización de la dieta que llevan a cabo tal vez se puede considerar regular en el sentido de la frecuencia y de igual manera en la cantidad y en el tipo de alimento que se consume

ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DEL AUTOCUIDADO DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES

Se considero adecuado realizar un análisis de cada uno de los pacientes con relación a la principal estrategia de afrontamiento que se encontraban empleando ante la enfermedad al momento de realizar el presente estudio. Sobre la base de un detallado análisis de las respuestas que se repetían con mayor frecuencia y que emitieron los pacientes para cada uno de los ítems del cuestionario y que están asociadas a las estrategias de las sub dimensiones de las estructuras factoriales de afrontamiento antes descritas

En la siguiente tabla se describen las estrategias de afrontamiento que de manera personal emplean los participantes de la muestra, así como la estrategia de afrontamiento que de manera individual predomina en la muestra.

TABLA 11. Análisis Individual de las Estrategias de Afrontamiento de los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Sujeto	Estrategia de Afrontamiento
1	Centrado en el Problema.
2	Olvido-Resignación.
3	Olvido-Resignación.
4	Olvido-Resignación.
5	Olvido-Resignación.
6	Aceptación.
7	Olvido-Resignación.
8	Olvido-Resignación.
9	Centrado en el Problema.
10	Olvido-Resignación.
11	Olvido-Resignación.
12	Olvido-Resignación.
13	Centrado en el Problema.
14	Olvido-Resignación.
15	Olvido-Resignación.
16	Olvido-Resignación.
17	Búsqueda de Apoyo Social.
18	Olvido-Resignación.
19	Olvido-Resignación.
20	Olvido-Resignación.
21	Aceptación.
22	Olvido-Resignación.
23	Centrado en el Problema.
24	Búsqueda de Apoyo Social.
25	Aceptación.
26	Olvido-Resignación.
27	Mágico-Afectivo.
28	Mágico-Afectivo.
29	Centrado en el Problema.
30	Olvido-Resignación.
31	Centrado en el Problema.
32	Centrado en el Problema.
33	Olvido-Resignación.
34	Olvido-Resignación.
35	Centrado en el Problema.
36	Centrado en el Problema.
37	Centrado en el Problema.
38	Centrado en el Problema.

39	Olvido-Resignación.
40	Mágico-Afectivo.
41	Olvido-Resignación.
42	Olvido-Resignación.
43	Olvido-Resignación.
44	Olvido-Resignación.
45	Olvido-Resignación.
46	Olvido-Resignación.
47	Olvido-Resignación.
48	Olvido-Resignación.
49	Olvido-Resignación.
50	Olvido-Resignación.
51	Olvido-Resignación.
52	Centrado en el Problema.
53	Olvido-Resignación.
54	Mágico-Afectivo.
55	Olvido-Resignación.
56	Olvido-Resignación.
57	Olvido-Resignación.
58	Búsqueda de Apoyo Social.
59	Búsqueda de Apoyo Social.
60	Centrado en el Problema.
61	Olvido-Resignación.
62	Búsqueda de Apoyo Social.
63	Centrado en el Problema.
64	Centrado en el Problema.
65	Centrado en el Problema.
66	Olvido-Resignación.
67	Olvido-Resignación.
68	Mágico-Afectivo.
69	Centrado en el Problema.
70	Centrado en el Problema.
71	Mágico-Afectivo.
72	Olvido-Resignación.
73	Mágico-Afectivo.
74	Olvido-Resignación.
75	Olvido-Resignación.
76	Centrado en el Problema.
77	Olvido-Resignación.
78	Centrado en el Problema.
79	Centrado en el Problema.
80	Centrado en el Problema.
81	Olvido-Resignación.
82	Mágico-Afectivo.
83	Olvido-Resignación.
84	Olvido-Resignación.
85	Centrado en el Problema.
86	Búsqueda de Apoyo Social.
87	Olvido-Resignación.
88	Olvido-Resignación.
89	Mágico-Afectivo.
90	Centrado en el Problema.

91	Olvido-Resignación.
92	Centrado en el Problema.
93	Olvido-Resignación.
94	Centrado en el Problema.
1er. Estrategia de Afrontamiento	Olvido-Resignación (53.19%)
2da. Estrategia de Afrontamiento	Centrado en el problema (26.59%)
3er. Estrategia de Afrontamiento	Búsqueda de Apoyo Social (9.57%)
4ta. Estrategia de Afrontamiento	Mágico-Afectivo (9.57%)
5ta. Estrategia de Afrontamiento	Aceptación (3.19%)
6ta. Estrategia de Afrontamiento	Descarga emocional negativa (0%)
7ma. Estrategia de Afrontamiento	Pasivo-Indefenso (0%)

En la siguiente tabla se describen las actividades de autocuidado que de manera personal emplean los participantes de la muestra, así como la actividad de autocuidado que de manera individual predomina en la muestra.

TABLA 12. Análisis individual de las Actividades de Autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Sujeto	Actividad de Autocuidado
1	Realización de Actividad Física.
2	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
3	Realización de Actividad Física.
4	Realización de la Dieta.
5	Realización de la Dieta.
6	Cuidado del Pie.
7	Realización de la dieta.
8	Realización de la dieta.
9	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
10	Organización de dieta y chequeo de Glucosa
11	Realización de Actividad Física
12	Realización de la Dieta.
13	Realización de Actividad Física.
14	Cuidado del Pie
15	Realización de la Dieta.
16	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
17	Cuidado del Pie.
18	Cuidado del Pie.
19	Realización de la Dieta.
20	Realización de la Dieta.
21	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
22	Realización de la Dieta.
23	Cuidado del Pie.
24	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.

25	Realización de Actividad Física.
26	Realización de la Dieta.
27	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
28	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
29	Realización de la Dieta.
30	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
31	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
32	Realización de la Dieta.
33	Realización de la Dieta.
34	Realización de Actividad Física
35	Cuidado del Pie
36	Cuidado del Pie
37	Realización de la Dieta.
38	Realización de la Dieta.
39	Realización de la Dieta.
40	Realización de Actividad Física.
41	Cuidado del Pie.
42	Cuidado del Pie.
43	Realización de la Dieta.
44	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
45	Realización de la Dieta.
46	Realización de Actividad Física.
47	Realización de Actividad Física.
48	Realización de Actividad Física.
49	Realización de la Dieta.
50	Realización de Actividad Física.
51	Cuidado del Pie.
52	Realización de Actividad Física.
53	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa
54	Realización de Actividad Física.
55	Realización de Actividad Física.
56	Cuidado del Pie
57	Realización de la Dieta
58	Realización de la Dieta.
59	Realización de la Dieta.
60	Cuidado del Pie
61	Realización de la Dieta.
62	Realización de la Dieta.
63	Realización de Actividad Física.
64	Realización de Actividad Física
65	Realización de Actividad Física.
66	Realización de Actividad Física.
67	Cuidado del Pie.
68	Realización de la Dieta.
69	Realización de la Dieta.
70	Realización de la Dieta.
71	Realización de Actividad Física.
72	Realización de la Dieta
73	Cuidado del Pie.
74	Cuidado del Pie.
75	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
76	Cuidado del Pie.

77	Realización de Actividad Física.
78	Realización de Actividad Física.
79	Realización de la Dieta
80	Realización de la Dieta.
81	Realización de la Dieta.
82	Realización de Actividad Física.
83	Cuidado del Pie.
84	Realización de Actividad Física.
85	Realización de la Dieta.
86	Realización de Actividad Física.
87	Realización de Actividad Física.
88	Realización de la Dieta.
89	Realización de la Dieta.
90	Realización de la Dieta.
91	Cuidado del Pie.
92	Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.
93	Realización de Actividad Física.
94	Realización de la Dieta.
1er. Actividad de Autocuidado	Realización de la Dieta (38.29%)
2da. Actividad de Autocuidado	Realización Actividad Física (27.65%)
3era. Actividad de Autocuidado	Cuidado del Pie (19.14%)
4ta. Actividad de Autocuidado	Org. dieta y chequeo glucosa (14.89%)
5ta. Actividad de Autocuidado	Tabaco y chequeo de la glucosa (0%)

En cuanto al análisis de cada sujeto, para las estrategias de afrontamiento y el autocuidado, se considero apropiado perfilar y categorizar las estrategias de afrontamiento y las actividades de autocuidado que de manera particular emplea cada uno de los integrantes de nuestra muestra de estudio, para lo cual, y en base dicho análisis que se realizo, fue posible detectar y describir aquellas estrategias y actividades que complementaron la información de los análisis factoriales anteriormente descritos en relación a como se presentan estos dos aspectos psicosociales.

En la siguiente tabla se describen los resultados globales de la estrategia de afrontamiento y la actividad de autocuidado por cada paciente con diabetes mellitus tipo 2, y cada una de estas que de manera individual predomina en la muestra.

Tabla 13. Estrategias de Afrontamiento y Actividades de Autocuidado de cada Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Sujeto	Estrategia de Afrontamiento	Actividad de Autocuidado
1	Centrado en el Problema	Realización de Actividad Física.
2	Olvido-Resignación.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
3	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
4	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
5	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
6	Aceptación	Cuidado del Pie.
7	Olvido-Resignación.	Realización de la dieta.
8	Olvido-Resignación	Realización de la dieta.
9	Centrado en el Problema.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
10	Olvido-Resignación.	Org. De la dieta y chequeo de Glucosa.
11	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
12	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
13	Centrado en el Problema	Realización de Actividad Física.
14	Olvido-Resignación.	Cuidado del Pie.
15	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
16	Olvido-Resignación.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
17	Búsqueda de Apoyo Social.	Cuidado del Pie.
18	Olvido-Resignación	Cuidado del Pie.
19	Olvido-Resignación	Realización de la Dieta.
20	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
21	Aceptación.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
22	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
23	Centrado en el Problema	Cuidado del Pie.
24	Busqueda de Apoyo Social	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
25	Aceptación.	Realización de Actividad Física.
26	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
27	Mágico-Afectivo.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
28	Mágico-Afectivo.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
29	Centrado en el Problema	Realización de la Dieta.
30	Olvido-Resignación.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
31	Centrado en el Problema.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
32	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
33	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
34	Olvido-Resignación	Realización de Actividad Física.
35	Centrado en el Problema.	Cuidado del Pie.
26	Centrado en el Problema	Cuidado del Pie.
37	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
38	Centrado en el Problema	Realización de la Dieta.
39	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta
40	Mágico-Afectivo.	Realización de Actividad Física.
41	Olvido-Resignación	Cuidado del Pie.
42	Olvido-Resignación	Cuidado del Pie.
43	Olvido-Resignación	Realización de la Dieta
44	Olvido-Resignación.	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
45	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.

46	Olvido-Resignación	Realización de Actividad Física.
47	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física
48	Olvido-Resignación	Realización de Actividad Física.
49	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
50	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
51	Olvido-Resignación	Cuidado del Pie.
52	Centrado en el Problema	Realización de Actividad Física.
53	Olvido-Resignación	Org. De la Dieta y Chequeo de Glucosa
54	Mágico-Afectivo.	Realización de Actividad Física.
55	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
56	Olvido-Resignación.	Cuidado del Pie.
57	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
58	Búsqueda de Apoyo Social.	Realización de la Dieta.
59	Búsqueda de Apoyo Social.	Realización de la Dieta.
60	Centrado en el Problema.	Cuidado del Pie.
61	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
62	Búsqueda de Apoyo Social.	Realización de la Dieta.
63	Centrado en el Problema.	Realización de Actividad Física.
64	Centrado en el Problema.	Realización de Actividad Física.
65	Centrado en el Problema	Realización de Actividad Física.
66	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
67	Olvido-Resignación.	Cuidado del Pie.
68	Mágico-Afectivo.	Realización de la Dieta.
69	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
70	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
71	Mágico-Afectivo.	Realización de Actividad Física.
72	Olvido-Resignación	Realización de la Dieta.
73	Mágico-Afectivo	Cuidado del Pie.
74	Olvido-Resignación.	Cuidado del Pie.
75	Olvido-Resignación.	Org De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
76	Centrado en el Problema.	Cuidado del Pie.
77	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
78	Centrado en el Problema	Realización de Actividad Física.
79	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
80	Centrado en el Problema	Realización de la Dieta.
81	Olvido-Resignación.	Realización de la Dieta.
82	Mágico-Afectivo	Realización de Actividad Física.
83	Olvido-Resignación.	Cuidado del Pie.
84	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
85	Centrado en el Problema	Realización de la Dieta.
86	Busqueda de Apoyo Social.	Realización de Actividad Física.
87	Olvido-Resignación.	Realización de Actividad Física.
88	Olvido-Resignación	Realización de la Dieta.
89	Mágico-Afectivo.	Realización de la Dieta.
90	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
91	Olvido-Resignación.	Cuidado del Pie.
92	Centrado en el Problema.	Org De la Dieta y Chequeo de Glucosa.
93	Olvido-Resignación	Realización de Actividad Física.
94	Centrado en el Problema.	Realización de la Dieta.
Estrategia de Afrontamiento en relación a la Actividad de Autocuidado Predominantes en la Muestra		Olvido-Resignación (53.19 %) Y Realización de la Dieta (38.29 %)

En las tablas 11 y 12 podemos observar que en cuanto al análisis individual de las estrategias de afrontamiento, que se emplean en mayor cantidad por los integrantes de la muestra, sobre sale una estrategia de afrontamiento que se encuentra catalogada como parte del afrontamiento centrado en la emoción, es la estrategia de "olvido-resignación", donde un total de 50 pacientes reportan acciones o conductas de afrontamiento que son parte de este aspecto, seguida esta por la estrategia de " centrado en el problema", donde un total de 25 pacientes se ubican en este apartado con sus conductas o acciones para manejar la enfermedad, posteriormente la estrategia de afrontamiento que de manera individual se presenta es la de " Búsqueda de apoyo social" donde solo 9 pacientes se ubican en este factor, al igual que la estrategia de Mágico-afectivo con 9 pacientes, la siguiente estrategia de afrontamiento que captó pacientes es la de "Aceptación", con un número muy pequeño de participantes, solo 3, para las otras estrategias de "Descarga de emoción negativa", y la de "Pasivo indefenso", no hubo ningún paciente que se ubicara en este tipo de afrontamientos. En lo referente al autocuidado, y sobre la base del análisis individual de las diversas actividades relacionadas al mismo, que emplean los integrantes de la muestra, es importante mencionar que la actividad para el control de la enfermedad más llevada a cabo es la " Realización de la dieta", donde un total de 36 pacientes son los que la llevan a cabo, la siguiente actividad de cuidado personal que realizan es la " Realización de actividad física" con un total de 26 pacientes, en tercer lugar se da la importante actividad de "Cuidado del pie ", con solo 18 participantes, en cuarto lugar y con un número menor de pacientes que la ejecutan es la de " organización de la dieta y chequeo de glucosa" con un total de 14 participantes y en último lugar es la actividad de "Tabaco y chequeo de la glucosa" donde ningún paciente basa el cuidado de la diabetes en este punto

Podemos observar en la tabla 13, que integra las estrategias de afrontamiento y actividades de autocuidado por cada paciente con diabetes Mellitus Tipo 2, que no existe un dominio total de los dos aspectos en el total de los participantes, ya que existen estrategias van en contra con las actividades de autocuidado que se reportan, si bien se observa que se presenta una estrategia de afrontamiento (Olvido-Resignación), como la más frecuente, al momento de

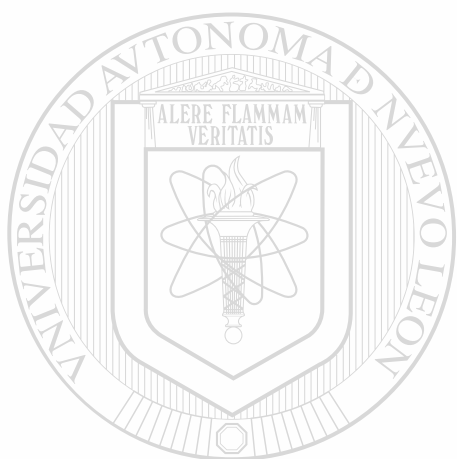
ubicarla en relación a la actividad de autocuidado, observamos que estas son variadas y diferentes (Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa, Realización de Actividad Física, Realización de la Dieta, Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa, no así con tabaco y chequeo de la glucosa) sin que exista una sola que se relacione en la misma cantidad y frecuencia que la estrategia de afrontamiento antes mencionada

La relación entre ambas variables manifestada en la estrategia de afrontamiento de olvido resignación con un 79 % y la actividad de autocuidado de realización de la dieta con un 78 % en total, refleja que las distintas conductas, actitudes y acciones que se llevan a cabo para hacer frente y tratar la enfermedad son contradictorias y desorganizadas, ya que el equilibrio en cuanto a la adaptación, ajuste y tratamiento de la enfermedad es bajo y de riesgo, puesto que una de las principales finalidades del paciente con diabetes mellitus tipo 2 debería ser que las distintas actividades de autocuidado que realizan los pacientes, correspondieran en su totalidad con la forma de afrontamiento hacia la misma, y que en nuestra muestra se reporta, por ejemplo, que al momento de realizar una acción para el control de la enfermedad como la realización de la dieta, observamos que esta relacionada con la estrategia de olvido-resignación, denotando contradicción en ello

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cuanto a las pruebas estadísticas que fueron seleccionadas para realizar la comprobación de las dos hipótesis planteadas para este estudio, la primera es la del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r), ya que con base a esta prueba el fin fue poder conocer la correlación en los puntajes de los integrantes de la muestra con relación a las dos variables de estudio y la segunda es la prueba paramétrica de la t de student (t) para muestras independientes, para conocer si existían diferencias en los puntajes de los grupos de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2, respecto a las variables de afrontamiento y autocuidado

Se presentan las tablas de resultados de las pruebas estadísticas aplicadas para las variables de estudio, en primer lugar se muestra una tabla general de las correlaciones entre afrontamiento y autocuidado, así como una tabla posterior donde se especifican las principales correlaciones encontradas entre las variables, ocurriendo lo mismo con la tabla de la segunda prueba estadística, presentándose primero una tabla general que muestra el total de los resultados de la prueba y posteriormente una tabla que demuestra aquellas variables en donde se encontraron aquellas diferencias significativas entre las mismas.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 14. Resultados Generales de la Correlación de Pearson (r) para Afrontamiento y Autocuidado.

		(1) Búsqueda de Apoyo Social.	(2) Olvido- Resignación.	(3) Mágico- Afectivo.	(4) Centrado en el Problema	(5) Descarga Emoción- al Negativa.	(6) Pasivo- Indefenso	(7) Aceptación.
(1) Realización de la Dieta.	Pearson Correlation	.048	.079	-.017	.146	-.065	-.130	-.029
	Sig. (1-tailed)	.323	.223	.436	.081	.267	.106	.389
(2) Cuidado del Pie.	Pearson Correlation	.159(t)	.048	.309(**)	.170(t)	-.025	-.063	-.104
	Sig. (1-tailed)	.063	.324	.001	.051	.407	.273	.160
(3) Realización de Actividad Física.	Pearson Correlation	-.095	-.304(**)	-.029	.218(*)	-.133	-.087	.006
	Sig. (1-tailed)	.181	.001	.389	.017	.101	.203	.478

(4) Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-.033	.343(**)	-.100	.054	.047	-.131	.148
(5) Tabaco y chequeo de glucosa.	Pearson Correlation Sig. (1-tailed)	-.095	-.031	.122	-.076	.076	-.152	-.081

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

(t) Tendencial

Tabla 15. Hallazgos importantes de la Correlación de Pearson (r) para Afrontamiento y Autocuidado.

	(1) Búsqueda de Apoyo Social.	(2) Olvido- Resignación.	(3) Mágico- Afectivo.	(4) Centrado en el Problema	(5) Descarga de Emoción Negativa.	(6) Pasivo- Indefenso	(7) Aceptación.
(1) Realización de la Dieta.							
(2) Cuidado del Pie.	.15 (t ₁)		.30**	.17(t ₂)			
(3) Realización de Actividad Física.		-.30**		.21*			
(4) Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa.		.34**					
(5) Tabaco y chequeo de glucosa.							
*P<.05, **P<.001, (t) Tendencial (t ₁) P< .063, (t ₂) P<.051							

En la tabla 14 observamos los resultados generales de la prueba estadística el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r), para la comprobación de la primer hipótesis, la cual establece que existen correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, donde en la tabla se resalta que los ítem de la variable de afrontamiento no cuentan con alguna relación de cantidad mayor con los ítem de la variable de autocuidado, sino que al contrario el número de relaciones que se establecen entre los ítem de ambas variables es muy reducido, ya que del total de las 35 posibles relaciones entre los ítem, se observa que solo se presenta un total de 4 relaciones significativas y 2 tendenciales, quedando sin algún estadístico significativo 29 de ellos.

En la tabla 15 se presentan los hallazgos principales de las correlaciones encontradas como significativas para las dos variables, estos resultados confirman, por un lado, cuatro asociaciones significativas entre los ítem, siendo de estas tres positivas: La primera "Mágico afectivo" con "Cuidado del Pie" ($r = .30$, $p < .001$). La segunda asociación positiva es la de "Olvido-resignación" con "Organización de la dieta y chequeo de la glucosa" ($r = .34$, $p < .000$). La tercera asociación positiva es la de "Centrado en el problema" con "Realización de actividad física" ($r = .21$, $p < .005$). Y solo una negativa, que es la última asociación considerada como significativa, que es la de "Olvido-resignación" con "Realización de actividad física" ($r = -.30$, $p < .001$).

Por el otro lado, se observan relaciones tendenciales entre las dos variables y estas se integraron a la tabla de hallazgos significativos por encontrarse cerca del nivel de significancia del $p < .005$, y que pueden marcar una tendencia de asociación entre ítem de las variables de afrontamiento y autocuidado, estas asociaciones son dos y con dirección positiva: La primera "Búsqueda de apoyo social" con "Cuidado del Pie" ($r = .15$, $p < .063$). La segunda es la de "Centrado en el problema" con "Cuidado del pie" ($r = .17$, $p < .051$). Estas relaciones vienen a denotar que la asociación entre ambas variables se considera como bajas.

Con el objetivo de verificar nuestra segunda hipótesis se realizó el análisis de T de Student para muestras independientes (H - M) para las variables afrontamiento y autocuidado.

Tabla 16. Resultados Generales de la Prueba T de Student (t) de Muestras Independientes de Afrontamiento.

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Trato de analizar las causas de la diabetes para poder hacerle frente	1.101	.297	-.272	92	.786	-8.33E-02	.31	-.69	.53	
Me convengo de que haga lo que haga con la diabetes siempre me saldrán mal las cosas	.278	.599	-.261	92	.794	-5.94E-02	.23	-.51	.39	
Intento concentrarme en los aspectos positivos de la diabetes	.027	.871	.188	92	.852	4.90E-02	.26	-.47	.57	
			.187	56.227	.852	4.90E-02	.26	-.48	.57	

Descargo mi mal humor con los demas	Equal variances assumed	.898	.346	-2.430	92	.017	-.47	.19	-.85	-8.56E-02
	Equal variances not assumed			-2.101	41.213	.042	-.47	.22	-.92	-1.82E-02
Cuando me acuerdo de la diabetes, me concentro en otras cosas	Equal variances assumed	.172	.679	1.032	92	.305	.34	.33	-.31	.99
	Equal variances not assumed			1.017	54.685	.314	.34	.33	-.33	1.01
Le cuento a mis amigos y familiares como me siento	Equal variances assumed	.132	.717	.378	92	.706	.12	.32	-.51	.76
	Equal variances not assumed			.376	55.915	.708	.12	.32	-.52	.76
Asisto a la iglesia	Equal variances assumed	17.171	.000	4.786	92	.000	1.35	.28	.79	1.92
	Equal variances not assumed			5.389	76.812	.000	1.35	.25	.85	1.85
Trato de solucionar la diabetes siguiendo pasos bien pensados	Equal variances assumed	.164	.687	.951	92	.344	.27	.28	-.29	.82
	Equal variances not assumed			.944	55.817	.349	.27	.28	-.30	.83
No he hecho nada concreto con la diabetes, ya que las cosas siempre estian mal	Equal variances assumed	3.262	.074	.757	92	.451	.19	.25	-.30	.68
	Equal variances not assumed			.856	77.615	.395	.19	.22	-.25	.62
Intento sacar algo positivo de la enfermedad	Equal variances assumed	1.001	.320	-.544	92	.588	-.17	.31	-.80	.45
	Equal variances not assumed			-.555	59.995	.581	-.17	.31	-.79	.44

Insulto a ciertas personas	2.683	.105	-1.432	92	.156	-.27	19	-64	.10
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-1.329	47.678	.190	-.27	.20	-.68	.14
Me concentro en el trabajo o en otras personas para olvidarme de la diabetes	.071	.790	-.763	92	.447	-.27	.35	-.97	.43
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-.749	54.219	.457	-.27	.36	-.99	.45
Pido un consejo a un pariente o amigo para enfrentar mejor la diabetes	1.291	.259	.384	92	.702	.13	.33	-.53	.79
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			.403	64.021	.688	.13	.32	-.51	.76
Pido ayuda espiritual ante mi enfermedad	.596	.442	.032	92	.974	1.25E-02	.39	-.76	.78
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			.033	59.121	.974	1.25E-02	.38	-.75	.78
Establezco un plan de acción para la diabetes y procuro llevarlo a cabo	2.765	.100	-.791	92	.431	-.26	.32	-.90	.39
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-.842	66.623	.403	-.26	.30	-.86	.35
Comprendo que yo soy el principal causante de mi enfermedad	2.129	.148	-1.319	92	.190	-.49	.37	-1.22	.25
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-1.278	52.589	.207	-.49	.38	-1.25	.28
Descubro que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por mí	1.275	.262	.150	92	.881	3.65E-02	.24	-.45	.52
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			.141	48.505	.889	3.65E-02	.26	-.48	.56

Me comporto de forma hostil hacia los demás	Equal variances assumed	.604	.439	-1.546	92	.126	-.28	.18	-.64	7.97E-02
	Equal variances not assumed			-1.460	49.576	.151	-.28	.19	-.67	.11
Salgo al cine, a cenar, a dar una vuelta, para olvidarme de la enfermedad	Equal variances assumed	.500	.481	.285	92	.776	9.17E-02	.32	-.55	.73
	Equal variances not assumed			.293	60.931	.770	9.17E-02	.31	-.53	.72
Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca de mi enfermedad	Equal variances assumed	.581	.448	.404	92	.687	.10	.26	-.40	.61
	Equal variances not assumed			.420	62.727	.676	.10	.25	-.39	.59
Acudo a la iglesia para rogar que se solucione mi diabetes	Equal variances assumed	7.173	.009	4.317	92	.000	1.29	.30	.70	1.89
	Equal variances not assumed			4.611	67.246	.000	1.29	.28	.73	1.86
Hablo con personas con diabetes para encontrar una solución	Equal variances assumed	.571	.452	.470	92	.640	.14	.29	-.44	.71
	Equal variances not assumed			.461	54.424	.646	.14	.30	-.46	.73
Me siento indefenso e incapaz de hacer algo positivo para cambiar mi diabetes	Equal variances assumed	1.765	.187	.393	92	.695	9.38E-02	.24	-.38	.57
	Equal variances not assumed			.438	74.754	.663	9.38E-02	.21	-.33	.52
Comprendo que otras cosas son para mí más importantes que la diabetes	Equal variances assumed	1.478	.227	-.712	92	.478	-.28	.39	-1.05	.49
	Equal variances not assumed			-.727	59.893	.470	-.28	.38	-1.04	.48

Agredo a algunas personas	Equal variances assumed	3.909	.051	-1.188	92	.238	-.18	.15	-.48	.12
	Equal variances not assumed			-1.077	45.267	.287	-.18	.17	-.51	.16
Procuro no pensar en la diabetes	Equal variances assumed	1.145	.287	-.296	92	.768	-9.69E-02	.33	-.75	.55
	Equal variances not assumed			-.306	61.325	.761	-9.69E-02	.32	-.73	.54
Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me siento mal	Equal variances assumed	2.424	.123	.724	92	.471	.24	.33	-.42	.90
	Equal variances not assumed			.758	63.847	.451	.24	.32	-.39	.87
Tengo fe en que Dios mediara la situación	Equal variances assumed	.192	.662	.709	92	.480	.85	1.20	-1.53	3.23
	Equal variances not assumed			1.002	74.092	.319	.85	.85	-.84	2.54
Hago frente a la diabetes proponiendo soluciones concretas	Equal variances assumed	2.900	.092	.690	92	.492	.20	.29	-.38	.78
	Equal variances not assumed			.655	50.113	.516	.20	.31	-.42	.82
Me doy cuenta de que no puedo hacer algo para resolver la diabetes	Equal variances assumed	.111	.739	-.213	92	.832	-6.88E-02	.32	-.71	.57
	Equal variances not assumed			-.218	60.247	.829	-6.88E-02	.32	-.70	.56
Pienso que no hay mal que por bien no venga	Equal variances assumed	.500	.481	.567	92	.572	.19	.33	-.47	.84
	Equal variances not assumed			.552	53.149	.583	.19	.34	-.49	.87

Me irritó con la gente	Equal variances assumed	2.373	.127	-2.464	92	.016	-.52	.21	-.93	-.10
	Equal variances not assumed			-2.126	41.054	.040	-.52	.24	-1.01	-2.59E-02
Practico algún deporte para olvidarme de la diabetes	Equal variances assumed	8.797	.004	-1.880	92	.063	-.35	.19	-.72	1.99E-02
	Equal variances not assumed			-1.640	41.954	.108	-.35	.21	-.79	8.17E-02
Pido a algún amigo o familiar que me indique cual es el mejor camino a seguir con mi diabetes	Equal variances assumed	.440	.509	.203	92	.839	6.25E-02	.31	-.55	.67
	Equal variances not assumed			.207	59.680	.837	6.25E-02	.30	-.54	.67
Rezo	Equal variances assumed	1.775	.186	2.508	92	.014	.72	.29	15	1.29
	Equal variances not assumed			2.399	51.030	.020	.72	.30	12	1.32
Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes	Equal variances assumed	4.417	.038	1.514	92	.133	.42	.28	-.13	.97
	Equal variances not assumed			1.392	46.721	.170	.42	.30	-.19	1.02
Me resigno a aceptar las cosas como son	Equal variances assumed	.546	.462	.318	92	.751	.10	.33	-.55	.76
	Equal variances not assumed			.309	53.237	.758	.10	.34	-.57	.78
Compruebo que las cosas pudieron haber ocurrido peor	Equal variances assumed	4.478	.037	-1.442	92	.153	-.49	.34	-1.16	.18
	Equal variances not assumed			-1.542	67.492	.128	-.49	.32	-1.12	.14

Lucho y me desahogo expresando mis sentimientos	Equal variances assumed	.393	.532	-.197	92	.845	-6.35E-02	.32	-.71	.58
	Equal variances not assumed			-.204	62.195	.839	-6.35E-02	.31	-.69	.56
Intento olvidarme de todo	Equal variances assumed	1.030	.313	-.437	92	.663	-.16	.36	-.88	.56
	Equal variances not assumed			-.446	59.788	.657	-.16	.36	-.87	.55
Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito expresar mis sentimientos	Equal variances assumed	3.698	.058	-.352	92	.726	-.11	.33	-.76	.53
	Equal variances not assumed			-.375	66.991	.709	-.11	.31	-.72	.50
Acudo a la iglesia para poner velas y rezar	Equal variances assumed	.724	.397	2.401	92	.018	.75	.31	.13	1.37
	Equal variances not assumed			2.544	65.835	.013	.75	.29	.16	1.34

Tabla 17. Hallazgos importantes de la Prueba T de Student (t) de Muestras Independientes de Afrontamiento.

Variable	Prueba t	(Sig.)	Media
Asisto a al iglesia.	4.786	.000	Femenino 3.69
			Masculino 2.33
No he hecho nada en concreto con la diabetes, ya que las cosas siempre están mal.	.757	.074 (t)	Femenino 1.69
			Masculino 1.50
Acudo a la iglesia para rogar que se solucione mi diabetes.	4.317	.009	Femenino 3.33
			Masculino 2.03
Agredo a algunas personas.	-1.188	.051(t)	Femenino 1.19
			Masculino 1.37
Practico algún deporte para olvidarme de la diabetes.	-1.880	.004	Femenino 1.28
			Masculino 1.63
Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes.	1.514	.038	Femenino 4.22
			Masculino 3.80
Compruebo que las cosas pudieron haber ocurrido peor.	-1.442	.037	Femenino 3.34
			Masculino 3.83
Procuro que algún amigo o familiar me escuche cuando necesito expresar mis sentimientos.	-.352	.058	Femenino 3.22
			Masculino 2.27
P< 05, (t) Tendencial.			Mujeres (n= 64)
			Hombres (n= 30)
			Total (n= 94)

En lo referente a la tabla 16 observamos los resultados generales de la prueba estadística paramétrica de la t de student (t) de muestras independientes para la comprobación de nuestra segunda hipótesis, la cual establece que existen diferencias en mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 respecto a las estrategias de afrontamiento y el autocuidado, en esta tabla se muestran si existieron diferencias en los puntajes de la media para los grupos de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 respecto a la variable de afrontamiento (ítems 7,9,21,33,36,38,41) podemos ver que los ítem de la variable en los que se marca una diferencia significativa entre los dos géneros representan una cantidad menor, ya que el número de estos en los que se establece dicha diferencia es muy reducido, ya que del total de las 42 posibles diferencias de género ante los ítem, se observa que estas se presentan con solo 8 significativas y de las cuales 2 se marcan como tendenciales, quedando sin alguna diferencia significativa 36 de ellos.

En la tabla 17 se presentan los hallazgos principales de las diferencias significativas entre ambos géneros para la variable de afrontamiento, estos hallazgos denotan principalmente ocho diferencias significativas entre mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 para los ítem, siendo así seis significativas: La primera "Asisto a la iglesia" ($t = 4.786$; $p < .000$). La segunda diferencia es la de "Acudo a la iglesia para rogar que se solucione mi diabetes" ($t = 4.317$; $p < .009$). La tercera diferencia significativa es la de "Practico algún deporte para olvidarme de la diabetes" ($t = -1.880$; $p < .004$). La cuarta diferencia es la de "Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes" ($t = 1.514$; $p < .038$). La quinta diferencia es la de "Compruebo que las cosas pudieron haber ocurrido peor" ($t = -1.442$; $p < .037$). La sexta y última diferencia significativa de afrontamiento es la de "Procuro que algún amigo o familiar me escuche cuando necesito expresar mis sentimientos" ($t = -0.352$, $p < .058$).

A sí mismo se observan diferencias significativas tendenciales entre los géneros para la variable de afrontamiento y se integraron a la tabla por encontrarse cerca del nivel de significancia del $p < .005$, ya que pueden marcar una tendencia de diferencia entre personas adultas con diabetes mellitus tipo 2,

estas variables que marcan diferencias tendenciales son dos: La primera "No he hecho nada en concreto con la diabetes, ya que las cosas siempre están mal" ($t = .757, p < .074 (t)$), la segunda es la de "Agredo a algunas personas" ($t = -1.188, p < .051(t)$).

A sí mismo es importante señalar que el género femenino muestra una media más alta para las variables de "Asisto a la iglesia" (Femenino de 3.69 por 2.33 del género Masculino). La variable "No he hecho nada en concreto con la diabetes, ya que las cosas siempre están mal" (Femenino de 1.69 por 1.50 del género Masculino). La variable "Acudo a la iglesia para rogar que se solucione mi diabetes" (Femenino de 3.33 por 2.03 del género Masculino) "Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes" (Femenino de 4.22 por 3.80 del género Masculino). "Procuro que algún amigo o familiar me escuche cuando necesito expresar mis sentimientos" (Femenino de 3.22 por 2.27 del género Masculino). Y en las variables de "Agredo a algunas personas", se invierten los resultados en cuanto al género (Masculino de 1.37 por 1.19 para el género Femenino). "Practico algún deporte para olvidarme de la diabetes" (Masculino de 1.28 por 1.63 del género Femenino). "Compruebo que las cosas pudieron haber ocurrido peor" (Masculino de 3.34 por 3.83 del género Femenino).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 18. Resultados Generales de la Prueba T de Student (t) de Muestras Independientes de Autocuidado.

	Levene's Test for Equality of Variances	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
									t-test for Equality of Means	
¿En cuantos de los últimos 7 días ha seguido un plan alimenticio saludable?	Equal variances assumed	1.275	.262	1.545	92	.126	1.02	.66	-.29	2.32
	Equal variances not assumed			1.577	59.776	120	1.02	.64	-.27	2.31
¿En promedio, durante el pasado mes ¿cuantos días por semana ha seguido su plan alimenticio?	Equal variances assumed	1.477	.227	.308	92	.759	.20	.66	-1.11	1.52
	Equal variances not assumed			.317	61.288	.752	.20	.64	-1.08	1.49
¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha comido cinco o más porciones de frutas y verduras?	Equal variances assumed	1.503	.223	.392	92	.696	.25	.64	-1.02	1.52
	Equal variances not assumed			.401	59.945	.690	.25	.62	-1.00	1.50

¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha comido comidas altas en grasas tales como	Equal variances assumed	1,545	.217	-.849	92	.398	-.33	.38	-1.09	.44
	Equal variances not assumed			-.968	79,239	.336	-.33	.34	-1.00	.34
¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS participó en una actividad física de al menos 30	Equal variances assumed	2,048	.156	.192	92	.848	.14	.71	-1.27	1.55
	Equal variances not assumed			.196	59,814	.845	.14	.70	-1.25	1.53
¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS participó en una sesión de ejercicio específica	Equal variances assumed	.087	.768	-.417	92	.678	-.29	.70	-1.68	1.10
	Equal variances not assumed			-.414	55,821	.681	-.29	.71	-1.70	1.12
¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS realizó un análisis de azúcar en sangre	Equal variances assumed	.316	.575	-.034	92	.973	-1.04E-02	.30	-.61	.59
	Equal variances not assumed			-.033	51,800	.974	-1.04E-02	.32	-.64	.62

¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS realizó los análisis de azúcar en la sangre según	Equal variances assumed	.006	.938	.511	.92	.611	.19	.37	-.54	.92
	Equal variances not assumed			.492	51.869	.625	.19	.38	-.58	.95
¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS se revisó los pies?	Equal variances assumed	15.653	.000	2.016	.92	.047	1.13	.56	1.69E-02	2.23
	Equal variances not assumed			1.776	42.751	.083	1.13	.63	-.15	2.40
¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS revisó dentro de sus zapatos?	Equal variances assumed	4.566	.035	1.560	.92	.122	1.01	.65	-.28	2.30
	Equal variances not assumed			1.498	51.529	.140	1.01	.68	-.34	2.37
¿Ha fumado un cigarro - aunque sea uno solo- en los últimos SIETE DIAS?	Equal variances assumed	25.160	.000	-2.525	.92	.013	-.19	7.47E-02	-.34	-4.03E-02
	Equal variances not assumed			-2.123	39.148	.040	-.19	8.88E-02	-.37	-8.94E-03

Tabla 19. Hallazgos importantes de la Prueba T de Student (t) para Muestras Independientes de Autocuidado.

Variable	Prueba t	(Sig.)	Media
En cuántos de los últimos SIETE DIAS se revisó los pies.	2 016	.000	Femenino 7.13 Masculino 6 00
En cuántos de los últimos SIETE DIAS revisó dentro de sus zapatos.	1 560	.035	Femenino 6.55 Masculino 5 53
Ha fumado un cigarro - aunque sea uno solo- en los últimos SIETE DÍAS.	12 123	.000	Femenino 1 08 Masculino 1.27
P<.05			Mujeres (n= 64) Hombres (n= 30) Total (n= 94)

En lo referente a la tabla 18 observamos los resultados generales de la prueba estadística paramétrica de la t de student (t) de muestras independientes, en esta tabla podemos ver que existieron diferencias en los puntajes de la media para los grupos de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 respecto a la variable de autocuidado, (ítems 9,10 y 11) al igual que la variable anterior, podemos ver que los ítem de la variable en los que se marca una diferencia significativa entre los dos géneros también representan una cantidad menor, ya que el número de estos en los que se establece una diferencia es bajo, ya que del total de las 11 posibles diferencias ante los ítem, se observa que estas

solo se presentan en un total de 3 significativas, quedando sin alguna diferencia significativa el resto de los 8 ítem de la variable.

En la tabla 19 se presentan los hallazgos principales de las diferencias significativas entre ambos géneros para la variable de autocuidado, estos hallazgos confirman principalmente tres diferencias significativas entre mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 para los ítem de autocuidado, siendo así las siguientes: La primer diferencia entre géneros es la de "En cuántos de los últimos SIETE DIAS se revisó los pies" ($t=2.016$; $p<.000$) La segunda diferencia significativa encontrada es la de "En cuántos de los últimos SIETE DIAS revisó dentro de sus zapatos" ($t=1.560$, $p<.035$) La tercera diferencia significativa entre ambos géneros es la de "Ha fumado un cigarro – aunque sea uno solo- en los últimos SIETE DIAS" ($t=12.123$, $p<.000$). La cuarta diferencia es la de "Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes" ($t = 1.514$, $p<.038$)

A si mismo es importante señalar que el género femenino muestra una media mas alta para las variables de "En cuántos de los últimos siete días se revisó los pies" (Femenino 7.13 por un 6.00 del género Masculino). La variable "En cuántos de los últimos siete días revisó dentro de sus zapatos" (Femenino de 6.55 por un 5.53 del género Masculino) y en la variable de "Ha fumado un cigarro – aunque sea uno solo- en los últimos siete días", se invierten el resultado en cuanto al género (Masculino de 1.27 por un 1.08 para el género Femenino).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En lo que respecta al comparar el afrontamiento vs Autocuidado, observamos que la relación entre ambas es muy baja y las diferencias entre el grupo de hombres y mujeres adultas con diabetes mellitus tipo dos también son mínimas, como se describe a continuación para la comprobación de la primer hipótesis, observamos que el total de las correlaciones entre los puntajes de las variables de estudio que se establecen entre los ítem de ambas variables es muy reducido, ya que del total de las 35 posibles relaciones entre los ítem, se observa que solo se presenta un total de 4 relaciones significativas y 2 tendenciales, quedando sin algún estadístico significativo 29 de ellos. Y que

para la segunda hipótesis, observamos que si existieron diferencias mínimas en los puntajes de la media para los grupos de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 respecto a la variable de afrontamiento y del autocuidado, ya que podemos ver que las variables en los que se marca una diferencia significativa entre los dos géneros representan una cantidad menor, ya que el número de estos en los que se establece dicha diferencia es muy reducido, ya que del total de las 42 posibles diferencias de género ante los ítem, se observa que estas se presentan con solo 8 significativas y de las cuales 2 se marcan como tendenciales, quedando sin alguna diferencia significativa 36 de ellos.

CAPITULO V

V. INTERPRETACIÓN (DISCUSIÓN)

5.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con relación a los resultados encontrados en el presente estudio, es interesante mencionar que una gran parte de la muestra con la que se trabajó esta compuesta por el género femenino, siendo amas de casa la mayoría, con ocupación al hogar, y con un nivel de escolaridad y de ingresos bajo, lo cual de alguna manera coincide con una gran cantidad de informaciones de distintas instituciones de salud, en donde es sus registros estadísticos señalan que la afectación de esta enfermedad, no solo en el ámbito de la incidencia y prevalencia sino que también en las tasas de mortalidad, es mayor en las mujeres que en los hombres (Sistema nacional de información en salud, 2002, NOM-015-SSA2-1994, Encuesta nacional de salud, 2002)

El promedio de edad de los pacientes se encuentra en 53 años, con un rango que va desde los 40 hasta los 65 años, así mismo, los resultados también han arrojado que el promedio de tiempo que llevan de padecer la diabetes mellitus es de 7.43 años, la institución de salud que acuden por el servicio médico que

recurren es al Hospital Universitario, siendo mas frecuente incluso que a instituciones como el IMSS o el ISSTE.

Consideramos que las personas estudiadas, y de acuerdo a su perfil, cuentan con los recursos cognitivos y conductuales necesarios para hacer frente de manera equilibrada y organizada a las exigencias que ocasiona el desarrollo de la enfermedad, como la compleja y amplia variedad de actividades que son parte de su tratamiento, esto se plantea ya que la mayoría de los pacientes cuentan con la edad, el nivel de escolaridad, el desarrollo inicial de la enfermedad y el acceso a las instituciones de salud que les pueden proveer de los elementos básicos para manejar de su enfermedad.

En lo concerniente a los antecedentes del padecimiento como la herencia o los antecedentes personales relacionados con la enfermedad, por un lado, los pacientes reportan que las cuestiones hereditarias fueron las que más influyeron para que se les diagnosticara la diabetes y por el otro, minimizan o ubican que los aspectos relacionados a su estilo de vida personal, tales como el tipo de alimentación, los hábitos de salud e higiene, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo etc, etc, generando así una mayor atención y justificación de su padecimiento debido al punto de la herencia.

Donde el saber que su enfermedad fue ocasionada de la manera anterior, les permite mostrar actitudes y comportamientos de flexibilidad y consentimiento del tratamiento de la diabetes, ya que en los mismos resultados, se observa que prácticamente la mitad de la muestra acepta padecer obesidad o sobrepeso, lo cual refleja cierta contraniedad en la forma en que se da la percepción de la enfermedad con los estilos de vida que han llevado a cabo considerándose la diabetes y sus efectos como algo normal.

Se hace un análisis del numero de ocasiones en las cuales los participantes tuvieron internamientos hospitalarios previos a su diagnóstico de diabetes, con la finalidad de ubicar si han tenido experiencias previas de hospitalización y que de alguna manera estas influyeran en la atención de la enfermedad, donde los pacientes reportan que no han estado internados por ninguna causa, por lo

que consideramos que este aspecto puede estar influyendo en la constancia de atención a su padecimiento, puesto que la frecuencia de sus visitas al médico es muy esporádica, ya que la realizan uno o varios meses después de la última vez que así lo hicieron, lo cual, pudiera estar reflejándose en el equivocado cuidado y manejo de su diabetes.

En cuanto al desarrollo previo a la diabetes, la mayoría de las personas no recibían o acudían a algún tipo de atención médica previa, lo cual puede estar relacionándose con el momento de diagnóstico de diabetes, donde la edad más baja en que se reporta que éste se suscito es de 40 años, a lo que presuponemos que la falta de conciencia, o actitudes positivas hacia los chequeos médicos de rutina, pudo haber influido en la aparición de la enfermedad.

De acuerdo a las causas que precipitaron la diabetes, como hemos visto, el diagnóstico no fue realizado por detección directa, sino que fue por otro tipo de motivos, primero, reportan que el diagnóstico del padecimiento es por síntomas o problemas de salud de otras partes del cuerpo, programándoseles análisis de laboratorio de rutina, y segundo, por los signos y síntomas objetivos de la diabetes mellitus tipo 2, como la pérdida de peso de manera inexplicable en poco tiempo, la poliduria, polidipsia y polifagia, ante lo cual, consideramos que la atención de estos signos y síntomas se dio sobre la base de conductas y actitudes centradas en la automedicación por un periodo de tiempo previo al diagnóstico, conductas generadas por la falta de información de la enfermedad.

En cuanto al promedio del nivel de glucosa en sangre de los pacientes (148 mg/dl), observamos se encuentra que muy por encima de los niveles aceptados como mínimos (100 mg/dl), por las distintas instituciones de salud que regulan a la diabetes, lo cual nos permite comentar que las diversas acciones, conductas y actitudes de las personas con diabetes, reflejadas en las técnicas y en los procedimientos que utilizan para el control y tratamiento de la enfermedad, se muestran como no efectivas

En lo que se refiere al conocimiento y educación acerca de la diabetes, la gran mayoría de los pacientes reportan conocer y tener educación acerca del tratamiento de la diabetes y las complicaciones que esta conlleva, mostrando una fuerte contradicción en el sentido de que ellos mismos consideran tener una educación sobre la diabetes y conocer lo que es su tratamiento con la desorganización e irregularidades en la ejecución del mismo, ya que no hacen uso adecuado de los diferentes recursos de salud a los que tienen acceso.

Acerca del control de los pacientes sobre la diabetes, y ante el hecho de que ellos depositan todo el control y estabilidad de la misma en el consumo de los medicamentos prescritos, consideramos este aspecto relevante, ya que este recurso por sí mismo, no es capaz de generar la certeza y equilibrio que se busca al tratar de controlar la enfermedad, ya que para este fin se vuelve necesario que la gran mayoría de los pacientes realicen de manera organizada y uniforme las distintas prescripciones que se les recomiendan, con el fin de retardar a mediano y largo plazo la aparición de las complicaciones de la diabetes, en nuestra muestra se reporta que solo una pequeña parte si lleva cabo el tratamiento completo, y que el resto de las personas, realizan un control que puede inducir a los pacientes a las complicaciones a corto plazo.

En cuanto al tipo de alimentación, considerada esta como un elemento central en la vida del diabético, los consumos de diversos alimentos son variados desorganizada, que dista mucho del habito alimenticio que les recomiendan, donde los consumos de alimentos que les pueden ocasionar algún desequilibrio en sus niveles de glucosa, reportan frecuencias de consumo de mínimo cada tres días e inclusive de manera diaria.

Sucediendo lo contrario con el consumo de alimentos que si le pueden aportar efectos positivos en el tratamiento de su enfermedad, donde la frecuencia de estos es de una vez por semana o dos veces por mes, siendo no significativa para un efecto favorable en los niveles de glucosa ya que se observa de manera positiva el hecho de que los porcentajes de los consumos de alimentos tales como algún tipo de pan de azúcar, nieves o helados, obtienen frecuencias muy bajas por semana ya que incluso se menciona que no se llegan a consumir, y de igual forma sucediendo lo mismo con otro tipo de alimentos

como frituras, hamburguesas y hot-dog. Por lo que en este aspecto, se puede mencionar que en general el tipo de alimentación es de regular a malo.

Sin embargo, aunque se observen este tipo de aspectos positivos se deben mantener este tipo de aspectos favorables al paciente diabético y que esto nos permita alcanzar el objetivo de mantener y reforzar este tipo de logros en la dieta del paciente diabético a través de un trabajo interdisciplinario basándose en estrategias más efectivas.

Otro de los elementos relacionados al control de la enfermedad que realiza el paciente diabético es el factor del cuidado del pie, debido a que los cuidados relacionados a los pies son muy frecuentes y muy bien realizados, los pacientes mencionan que de manera diaria y hasta 2 veces al día someten a un proceso muy riguroso de limpieza e higiene tanto los pies como los zapatos que usan, cuentan con información detallada en lo referente al tipo de ropa y sustancias de uso que deben emplear, demostrando que el temor a las amputaciones de las extremidades por causa de la neuropatía diabética o de la complicación del pie diabético esta muy marcado entre los pacientes.

Sin embargo, consideramos que existe en la muestra, la idea de que la aparición de la complicación de la neuropatía diabética reflejada en el pie diabético depende mas de cuestiones de limpieza e higiene o de algún descuido en el tipo de calzado que utilizan y que les puede generar la aparición de la infección y la posterior amputación del pie, y no tanto por que esta amputación sea causada por los altos niveles de glucosa en la sangre que son los que en realidad lo pueden determinar a corto, a mediano y largo plazo.

A tal grado que se omite casi en su totalidad, otras de las actividades de control del padecimiento que les pueden satisfacer de forma continua sus necesidades ante la enfermedad y llevar acabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento individual con relación a la diabetes, las actividades a las que nos referimos es a las de la realización de la actividad física, el uso correcto de los de medicamentos o la frecuencia constante del chequeo de glucosa en sangre y el contar con el glucómetro, en de acuerdo a esta última,

se ha reportado que ofrece mayor certeza y claridad en cuanto el tipo de estrategia de tratamiento es la mas adecuada para el control del padecimiento, puesto que el paciente cuenta con la información diaria de su nivel de glucosa.

Dentro de la importancia de las distintas actividades de tratamiento, existe una que es considerara como básica, y que de alguna manera su descripción viene a reafirmar los análisis anteriores, la actividad es el auto monitoreo de los niveles de glucosa, que es propuesto como un recurso de tratamiento sumamente valioso.

En la muestra, dicho recurso es muy poco utilizado, ya que la frecuencia del chequeo de la glucosa es muy baja, no cuentan con el glucómetro y además de que tampoco acuden a las instituciones de salud para conocer su nivel de glucosa por otra vía como lo puede ser de laboratorio, por lo que él mismo paciente no va a tener un indicador objetivo para realizar otras actividades de tratamiento. Ante la ausencia del apoyo del glucómetro, los pacientes presentan una predisposición a desarrollar desequilibrios por la enfermedad, ya que es posible que realicen actividades de tratamiento que este contraindicadas a su nivel de glucosa, y que esto puede llevar al paciente a presentar etapas de hiper glucemia o de hipoglucemia, neuropatías, las nefropatías, retinopatías, infartos o hipertensión que ponen en riesgo su salud.

Este indicador de la enfermedad puede determinar de una manera muy importante el tipo de frecuencia y cantidad de uso o ejecución de otro tipo de recursos para el tratamiento, como lo puede ser, consumir tal cantidad y tipo de alimento, realizar en cierta magnitud y duración la actividad física o ejercicio, el recurrir a ciertas dosis de medicamentos prescritos, por lo que el chequeo de glucosa en sangre u contar con el glucómetro, es una tarea imprescindible ante la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2.

Así pues y considerando la complejidad de las prescripciones médicas que se les indican a los pacientes nos permite comprender de una manera clara que este tipo de enfermedad esta considerada como uno de los mayores problemas de salud publica que existen en nuestro país

Por lo que en cuanto al control y tratamiento de la enfermedad, se puede observar que éste es llevado a cabo de manera deficiente, inadecuada y no apta por la mayoría de las personas, tanto por una mala realización de la actividad física, el uso incorrecto de los medicamentos o la poca o nula frecuencia constante del chequeo de glucosa en sangre y el no contar con el glucómetro, lo que conlleva una serie de riesgos y descuidos importantes debido a que la complejidad de la enfermedad, que exige que se realicen de forma organizada y uniforme las actividades de control de la diabetes, aquí también se observa que las estrategias de los profesionales de la salud se encuentran lejanas de alcanzar el efecto deseado en los pacientes, como el apego al tratamiento, el cumplimiento adecuado a las indicaciones médicas o en su caso que los pacientes realicen

Lo anterior nos permite ubicar a la mayoría de los participantes como sujetos en alto riesgo de desarrollar tempranamente las complicaciones de la enfermedad, puesto que el nivel de glucosa está arriba de los niveles aceptados, por la obesidad que reportan, por el no-cumplimiento de las recomendaciones médicas, por la poca adherencia al tratamiento o por las malas estrategias de tratamiento de los profesionales de la salud y del sistema de salud enfocados a la diabetes. Consideramos que lo anterior nos revela información importante acerca de lo que realizan los pacientes para el manejo de la enfermedad y que sin duda alguna sirvió para ampliar el campo de estudio.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En cuanto al análisis del afrontamiento en lo general, observamos que las estrategias empleadas en nuestro grupo son variadas y de distintas composiciones, ya que existen diferentes esfuerzos cognitivos y comportamentales para la adaptación y control de la diabetes. Los pacientes se encuentran orientados a la búsqueda de apoyo, soporte y redes sociales, apoyada en el aspecto de una sociedad y cultura colectivista más que individualista, donde el contacto con los integrantes de su propia familia, parientes, otras personas con diabetes y con integrantes del equipo de salud es muy importante, ese tipo de apoyo y soporte les permite obtener el respaldo, comunicación, expresión de sentimientos, orientación, asesoría o consejería,

además de la confianza, motivación, convivencia y obtención de recursos instrumentales para el manejo de la enfermedad y juicios de valor y de información referentes al tratamiento de su diabetes.

Otros procesos idóneos y efectivos para el control de la enfermedad no son iguales o más utilizados que la búsqueda de apoyo social, ya que estrategias de afrontamiento más apropiadas para el manejo de la diabetes como: Centrado en el Problema y Aceptación, presentan una baja utilización y que no por ello no sean efectivas sino todo lo contrario, donde las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción más importantes, son las estrategias centradas en la emoción como Olvido-Resignación, Mágico-Afectivo y Descarga de Emoción Negativa.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento que en lo individual emplea cada paciente para el control de la enfermedad, la estrategia de olvido-resignación se presenta como la más frecuente, es una estrategia centrada en la emoción, ante lo cual, la mayoría de los pacientes están tratando de minimizar su diabetes, olvidándose o resignándose para que la ansiedad incertidumbre o miedo que provoca sea mitigada. Sucediendo lo contrario con otras formas individuales de afrontar la enfermedad que generarían un efecto positivo en el control de la enfermedad, y que sin embargo no son muy empleadas, dichas estrategias son las de centrado en el problema o la de aceptación, pero que igualmente son válidas.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los resultados coinciden con otros estudios en los cuales se han encontrado descripciones en cuanto a que estrategias centradas en la emoción se centran en la valoración de la enfermedad, para intentar neutralizar el problema y para regular el estrés emocional producido por el problema" (Lazarus, 1966, Martín D Y Fernández-Abascal, 1997). Otra explicación de estas estrategias de afrontamiento, ante la cual también concordamos, consiste en que estas se describen como formas de afrontamiento al estrés más específicas, tales como llevar a cabo acciones concretas para tratar de controlar la tensión (Sandín B, 2002).

Por lo que coincidimos con la idea central del afrontamiento, en la cual se dice que no hay afrontamiento buenos ni malos, su eficacia depende del grado en que resulten apropiados a las demandas que este estableciendo la enfermedad puesto que la función del afrontamiento consistiría en permitir la adaptación del individuo a los cambios, de tal forma que logre dar una respuesta lo mas adecuada posible para él (Lazarus y Folkman, 1991).

De acuerdo a la literatura revisada, y con relación a las distintas formas de afrontamiento, observamos que nuestros resultados en general coinciden con los demás estudios, en el sentido de que el afrontamiento tiene diferentes vertientes y maneras de llevarse a cabo de parte de los pacientes, en un estudio con 50 pacientes diabéticos señala como las estrategias centradas en la emoción son mas utilizadas en el género femenino y que las estrategias centradas en el problema son las mas utilizadas en el género masculino (Oquendo M. 1988) En otro estudio, en cual se evaluó el cumplimiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes tipo 2, se encontró Los pacientes con HTA lo cumplen mas, denotando que el tipo de afrontamiento no estaba beneficiando a los pacientes con diabetes (García, A , Prados, D. y Sánchez de la cuesta, F 2003).

— Por lo que es posible señalar que este tipo de pacientes antepone los procesos de socialización colectivistas a otros procesos individuales, iguales o más efectivos, para afrontar de manera más directa el ámbito terapéutico de su padecimiento, permitiéndoles aumentar con ellos su nivel de su calidad de vida. En cuanto al autocuidado en general, en nuestra muestra, predominaron las actividades de autocuidado que reflejan un déficit o falla significativa en él mismo, ante lo cual es posible plantear que dichas actividades son desorganizadas, ya que estas no propician la adaptación y control total de la diabetes en los pacientes. La actividad que predomina en lo individual en la muestra, es la realización de la dieta, esta por encima de otras actividades que son iguales de importantes y que solo son realizadas de manera parcial, por lo que se debe señalar que este recurso no esta a la par que el resto de las actividades que se prescriben, lo cual genera una descompensación importante para mantener el bienestar de los pacientes

Con relación a los estudios que se han realizado del autocuidado con diabéticos, coincidimos con lo realizados por otros investigadores en los cuales se señala que la uniformidad y organización con que llevan a cabo los pacientes el cuidado de su enfermedad es solo parcial, ya que si realizan las actividades de autocuidado relacionadas al tratamiento no en su totalidad, relacionando entre sí las actitudes y los hábitos individuales. (Gallegos E., Cárdenas V. y Salas M. 1999). En otro estudio donde se valoraba la percepción efectiva del tratamiento de la diabetes para el autocuidado, se encontró que la percepción positiva del tratamiento de la diabetes esta relacionada con aspectos valiosos para el autocuidado y que es necesario distinguir entre corto y largo efecto del tratamiento de la diabetes (Skinner CH y Hampson S. 2002).

En otro estudio realizado, en el cual se quería conocer el autocuidado, los resultados mostraron una relación positiva y significativa entre las capacidades de autocuidado y las acciones de autocuidado con las cifras de glucemia, (Salazar E., Gallegos C Y Gómez M.1998) En un estudio más, acerca de la motivación y el autocuidado en la dieta de diabéticos, se encontró una relación positiva entre la autorregulación del sujeto con la adherencia al tratamiento y a la calidad de vida. (Senecal C., Nouwen A y With D., 2000).

Por lo que es posible señalar que en los pacientes, a pesar de que conocen la información de las distintas actividades de autocuidado que requieren llevar a cabo para su padecimiento, observamos que las realizan de una manera parcial, confusa y desorganizada.

Lo que se ve reflejado de manera clara en el análisis global del manejo individual de la enfermedad, donde la estrategia de afrontamiento más predominante en lo individual, es la de olvido-resignación y la actividad de autocuidado más predominante en lo individual es la realización de la dieta, ante lo cual, observamos que estas no guardan una relación significativa, es decir que aquellos pacientes que presentan dicha estrategia de afrontamiento, no presentan la misma actividad de autocuidado, sino que estas ultimas son variadas.

Lo que los convierte en sujetos de riesgo, ya que existen deficiencias en las distintas estrategias y actividades en el cuidado que en lo individual emplean para el manejo de la enfermedad, lo que les pueden generar un impacto negativo en su calidad de vida por la temprana y provocada aparición de las complicaciones que de manera natural trae consigo el desarrollo de la enfermedad

5.2 LIMITACIONES

De acuerdo al planteamiento y desarrollo teórico metodológico descrito en este estudio, es necesario realizar algunas consideraciones, se plantea que en lo referente al número de variables seleccionadas para el estudio de la enfermedad crónica de la diabetes mellitus tipo 2 que aquí se propusieron y abordaron son insuficientes para un conocimiento comprensión total de la actividad psicosocial en este tipo de pacientes, ya que aparte de abordar el afrontamiento y el autocuidado, se pudieron haber estudiado los aspectos emocionales, el apoyo y soporte social y las creencias hacia su enfermedad.

Otro de los elementos que represento una limitante para este estudio es la falta de escalas, cuestionarios o instrumentos de medición adaptadas a la población mexicana y con las propiedades de validez y confiabilidad apropiadas para la variable del autocuidado en diabetes, ya que la escala aquí aplicada no cumplió con los estándares mínimo requeridos en cuanto a dichas propiedades. Con relación al tamaño de la muestra de estudio, consideramos que esta debió de haber sido de un número mayor de participantes, acorde la magnitud del problema en nuestra población, y que por cuestiones del tiempo destinado para la recolección de los datos se obtuvo una muestra pequeña.

En lo referente al estudio del afrontamiento y tomando como base su presupuestos teóricos-metodológicos, una limitante importante fue el realizar la presente investigación desde un diseño transaccional, cuando el postulado teórico de Lazarus y Folkman propone realizar la investigación del afrontamiento desde un diseño longitudinal para evaluar la tendencia de los sujetos frente a una situación exigente y desbordante de sus propios recursos.

CAPITULO VI

VI. CONCLUSIONES

6.1 LOGRO DE OBJETIVOS Y RESULTADOS DE LAS HIPOTESIS

En el presente estudio y en lo que respecta al primer objetivo, el cual consistió en conocer si existe correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2, los resultados muestran la existencia de correlación entre ambas variables, logrando así la consecución del primer objetivo. En lo que respecta al segundo objetivo, el cual consistió en analizar si existen diferencias en mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 respecto a las estrategias de afrontamiento y al autocuidado, los resultados muestran que se encontraron diferencias, logrando con ello la consecución del segundo objetivo.

A sí mismo, en este estudio la primera hipótesis planteo la existencia de una correlación entre las estrategias de afrontamiento y el autocuidado en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. Las relaciones parciales encontradas entre las dos variables, en las cuales predominan las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Olvido-resignación y Mágico afectivo), y las actividades de autocuidado (Cuidado del Pie, realización de actividad física y Organización de Dieta y Chequeo de Glucosa), que reflejan un déficit importante, encontramos que los sujetos que utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, son capaces de llevar a cabo algunas actividades de autocuidado y que no pueden realizar lo que se les prescribe de manera integral para el control de su enfermedad, Lo cual no protege a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Así, estrategia como la de olvido-resignación, utilizada mayormente, se encuentra asociada de manera positiva con la organización de dieta y chequeo de glucosa en la idea de que los aprendizajes adquiridos en sus visitas al medico logran ubicar esta actividad como un recurso de apoyo importante para

el manejo de la enfermedad, esta misma estrategia se encuentra asociada negativamente con la actividad de realización de actividad física, en el sentido de que los pacientes no llevan a cabo dicha actividad que se les prescribe y que de manera intencional la evaden, la otra estrategia centrada en la emoción, la de mágico-afectivo, mantiene una relación positiva con la actividad de autocuidado del pie, en la cual los pacientes buscan protegerse, a través del apoyo espiritual sobre la base de ruegos, asistencias a los templos, de la aparición de la complicación que provoca estados emocionales negativos, como el miedo, la ansiedad, la incertidumbre y la amenaza, la cual es el pie.

Consideramos que lo anterior afecta de manera importante el bienestar, ajuste y adaptación al padecimiento por parte de los pacientes, ya que las personas no son capaces de satisfacer las demandas de la enfermedad, señalando que la relación que se establece entre el afrontamiento y el autocuidado solo está satisfaciendo de manera parcial el control y tratamiento integral de la diabetes, en función de estos resultados se sustenta la primera hipótesis

La segunda hipótesis planteo que existen diferencias entre mujeres y hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2 respecto al afrontamiento y al autocuidado, y con base a la contrastación de la misma comparando las medias entre las mujeres y hombres adultos con diabetes, los resultados indican que si existen diferencias significativas en lo referente a cada una de los dos aspectos.

En lo que respecta al afrontamiento, si se considera por separado al grupo de mujeres, se observan diferencias significativas respecto al grupo de hombres, las diferencias principales se dan a nivel estrategias de mágico-afectivo y de la estrategia de pasivo-afectivo (Que son parte del afrontamiento centrado en la emoción), a si mismo se observan diferencias, significativas, pero en menor cantidad, en las estrategias de centrado en el problema, y la estrategia de búsqueda de apoyo social (Que son parte del afrontamiento centrado en el problema). En el grupo de hombres, solo denotan ciertas diferencias con el grupo de mujeres con relación a las estrategias de afrontamiento: Descarga de emoción negativa, centrado en el problema y aceptación (Que son parte del afrontamiento centrado en el problema)

En lo referente a la variable del autocuidado, se observa al grupo de mujeres respecto al grupo de hombres con diferencias significativas en el autocuidado que es parte de la actividad de cuidado del pie (Que son parte de lo que se denomina déficit de autocuidado, por ser una actividad mínima) En el caso del grupo de hombres, solo denotan cierta diferencia con el grupo de mujeres con relación al autocuidado que es parte de la actividad de ausencia de tabaco y de análisis de la glucosa (Que es parte de un déficit en el autocuidado)

En este sentido, se han observado diferencias significativas entre ambos géneros respecto al tipo de estrategia de afrontamiento y a la actividad de autocuidado que realizan, los resultados muestran el género que establece mayor diferencia es el femenino en cuanto a las dos variables de estudio, ya que se observan en las mujeres estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en mayor cantidad y de igual manera se observa que emplean estrategias de afrontamiento centradas en el problema en menor cantidad, así como actividades de autocuidado de riesgo no sucediendo lo mismo en el caso del grupo de hombres, ya que se observan estrategias de afrontamiento centradas en el problema como actividades de autocuidado más adecuadas para el control de la enfermedad, realizando afrontamientos más benéficos y actividades de autocuidado más propias del control de la diabetes. De tal forma que las mujeres muestran una mayor variedad en las maneras de afrontar y cuidarse ante la enfermedad menos efectiva que los hombres, ya que descuidan de manera riesgosa una gran parte del tratamiento, por lo que sobre la base de estos aspectos se acepta nuestra segunda hipótesis.

En cuanto al efecto de las estrategias de afrontamiento y de las actividades de autocuidado en los pacientes, el término de afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés de coping skills, el cual corresponde con la acción de afrontar, es decir de arrostrar, hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, un agente o acontecimiento estresante, Moliner en 1988, (Citado en Lazarus y Folkman 1991) Y que al considerar este aspecto psicosocial 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” (Lazarus y Folkman, 1991), es conveniente realizar las siguientes consideraciones teóricas implicadas en los resultados obtenidos de nuestro estudio

Bajo este marco, si en el presente estudio hemos encontrado que las estrategias de afrontamiento que más predominan en la muestra tanto en el ámbito individual como en el ámbito global son las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y de acuerdo a la literatura se ha visto cómo este tipo de estrategias en especial se han asociado con un pobre ajuste y adaptación a la enfermedad, con estados emocionales negativos y un pobre apoyo y soporte social. (De la fuente 2002, Velasco y Sinibaldi 2001, Buela-Casal y Cabalo 1999, Buendía 1999, Lazarus y Folkman 1991, López de Roda A., 1997, Sarason I. y Sarason B., 1996).

Ya que lo que predomina en este tipo de pacientes, son estrategias basadas en esfuerzos cognitivos y comportamentales que están enfocados en el poder reducir o minimizar el estado de ansiedad que se genera al hacer frente a una enfermedad crónica, utilizando estas estrategias para tratar de controlar el miedo, la incertidumbre o amenaza que representa la diabetes, de las cuales unas pueden resultar adecuadas y otras inútiles o incluso contraproducentes (Gallar M, 2002), donde este tipo de estrategias se presentan de manera más predominante en la mujer, por ejemplo, aunque las mujeres adultas acuden en una mayor frecuencia a las consultas o chequeos con los médicos que los hombres, sus maneras de afrontar están basadas en los estados emocionales negativos, por lo que es posible pensar que este tipo de afrontamiento tiene una relación directa con el nivel de glucosa que presentan, considerado como alto y mal medido en cuanto a su frecuencia.

Lo anterior coincide con lo que hemos revisado, que las tasas de mortalidad por esta enfermedad han impactado más al género femenino que al género masculino de acuerdo a la encuesta nacional de salud, (2002) conocida por sus siglas E. N. S. A.

En lo que respecta al empleo de las estrategias centradas en el problema, observamos que estas son de mayor utilización en los hombres, los cuales generan un afrontamiento activo y focalizado en el problema, asociándose estas estrategias consistentemente con un mejor ajuste a la enfermedad en personas con una enfermedad, Young en 1992 (Citado en Pacheco, P. 2004). Por ejemplo, con relación a la búsqueda de apoyo social, por parte del grupo de hombres, coincidamos con el planteamiento teórico de que el apoyo social, sería como un fondo del que ellos pueden disponer cuando necesitan hacer frente a la enfermedad, en donde puede solicitar a familiares, principalmente a la esposa si se es casado, o a parientes, amigos o compañeros de trabajo los cuales pueden proporcionarles asistencia, instrumental, informativa o emocional (Sandín B., 2003), impactando en la mejora de su calidad de vida y también en las tasas de mortalidad, donde en este genero la diabetes ocupa el segundo o tercer lugar.

Si bien aquí consideramos que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción predominan en nuestra muestra, coincidimos con el postulado teórico del modelo transaccional, desde el cual se establece que no existen afrontamientos buenos ni malos, sino que su eficacia depende el impacto que tengan con la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1991).

Como hemos visto en nuestro estudio, aunque existan pacientes con estrategias centradas en la emoción, estos pueden realizar actividades de autocuidado favorables, considerando que el trasfondo de esas actividades esta relacionado al miedo, incertidumbre o ansiedad que les genera la enfermedad, y más aun, aquellos pacientes con estrategias centradas en el problema, generan un déficit de autocuidado, porque no realizan todas las prescripciones medicas, lo cual reafirma que las funciones del afrontamiento, tanto las estrategias centradas en la emoción como las centradas en el problema pueden interferirse entre si en el proceso de afrontar, facilitando o impidiendo cada una la aparición del otra, donde ambas pueden resultar evidentes en una situación especifica, y en muchos casos es posible comprobar hasta que punto se impiden o favorecen entre si, como

consideramos que ocurre en los participantes de nuestro estudio (Lazarus y Folkman, 1991).

Por lo que aquellas estrategias de afrontamiento, ya sean centradas en el problema o en la emoción, han estado generando un buen manejo de los niveles de glucosa, buen control de peso y talla, en un bajo ingreso a hospitalización y en una tardía aparición de las complicaciones, y a su vez se han asociado con una buena actividad física, una dieta favorable y una medicación controlada. (Gallar M, 2002).

Con relación al efecto del tipo de actividades de autocuidado encontradas, en los pacientes de este estudio, considerado que en el autocuidado la persona inicia una acción de manera voluntaria y deliberadamente con el objetivo de atender su vida, salud y bienestar, donde la aptitud de esa persona depende de su edad, experiencia, recursos intelectuales, intereses y motivaciones, y que la imposibilidad para ejercer el autocuidado esta unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal, lo cual puede provocar un estado de dependencia social (Orem,1979) Y con base a los hallazgos en nuestra muestra, observamos que existe tanto en el ámbito individual como en el ámbito grupal un importante y riesgoso déficit de autocuidado, ya que aunque los pacientes cuenten con los recursos intelectuales, sociales y de infraestructura de salud para atenderse de manera voluntaria y deliberada pues realmente lo que reflejan es una desatención en su estado de salud-enfermedad, basadas en conductas, comportamientos, acciones, aptitudes y actitudes negativas, que van mas allá de que conozcan el tratamiento de su diabetes.

Es importante señalar que ante la presencia de la diabetes en los pacientes, no conduce por si misma a la necesidad de determinar que se debe de hacer para restituir e ir a lo normal o estable, ya que las personas con diabetes pueden ser competentes en el manejo de un sistema de auto-cuidados, o también pueden ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos, y que desafortunadamente no es así Esto lo podemos reafirmar cuando se reporta que realizan una importante atención al pie, dejando de lado el resto de

los recursos de tratamiento, de los cuales depende directamente la aparición temprana de la neuropatía diabética (Dieta, auto monitoreo, medicamentos). Aun cuando los pacientes cuenten con los conocimientos, habilidades, actitudes y capacitación para controlar su diabetes, adquiridos estas en cursos, talleres, congresos o instituciones de salud es de señalarse que no realizan de manera adecuada dicho control, sino que al contrario prevalece como una constante el déficit en la organización y ejecución del tratamiento prescrito, por lo que sería posible considerar que la manera en que se les esta dando la atención e información referente al mismo no es efectiva

Con los anteriores elementos, coincidimos con otros estudios en los que se especifica que la mayoría de adultos que padecen diabetes tipo 2 tienen dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito. Por tanto, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se debe de aplicar a lograr que los pacientes lleven en forma estricta su tratamiento; el cual, generalmente, incluye medicamentos hipoglucemiantes o insulina, dieta, ejercicio y vigilancia de los niveles de glucosa en sangre (además de acudir a consulta médica con periodicidad). (Norma Oficial Mexicana, 1994).

Ante lo cual concluimos que, si bien es cierto de que los pacientes con diabetes de nuestra muestra, analizan de manera permanente si han orientado sus esfuerzos cognitivos-conductuales y sus acciones de cuidado de una forma correcta o incorrecta, revisando si son apropiadas las conductas o valoraciones cognitivas que hacen sobre la enfermedad o revisando si han realizado de manera adecuada o inadecuada la actividad de tratamiento prescrita, ellos tienen la total independencia y capacidad propia de poder modificar su conducta para afrontar su padecimiento

Existen estudios con los cuales coincidimos, que explican sobre las repercusiones psicológicas que provoca una enfermedad crónica, (Pacheco P., 2004, Rolland J., 2000, Velasco M., y Sinivaldi J., 2001) Sin embargo es de señalarse que no se han encontrado estudios nacionales o extranjeros que hayan relacionado las variables que aquí se han estudiado, por lo que

consideramos que este estudio tiene el carácter de incipiente en nuestra área de la psicología de la salud.

6.2 RECOMENDACIONES

El presente trabajo de investigación permitió conocer y comprender algunos recursos que están involucrados en el tratamiento de la diabetes, así como la relación entre dos de los aspectos psicológicos y comportamentales que juegan un papel importante en el control de la diabetes, el afrontamiento y el auto cuidado. Asimismo conocer tanto los alcances como sus limitantes así como su efecto en el desarrollo de la enfermedad. Otro factor importante que se logró conocer y confirmar en este trabajo fueron las diferencias entre ambos géneros respecto a la formas de afrontar y de cuidar su padecimiento.

Dada la experiencia de la investigación consideramos que es necesario realizar un trabajo multidisciplinario (obviamente involucrando lo psicológico) tomando como base importante la edad, el nivel de escolaridad, el desarrollo inicial o intermedio de la enfermedad de cada paciente. Por otra parte se puede trabajar formando grupos de autoayuda ya que esta dinámica de trabajo les puede proveer de un conocimiento y educación propia de su padecimiento que les permita un mejor control de su enfermedad

Ante situaciones de riesgo donde los pacientes minimizan la influencia de los aspectos relacionados a su estilo de vida personal en la aparición y desarrollo de su diabetes, como el tipo de alimentación, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y no solo a la herencia, la sugerencia principal radica en hacerles ver que su padecimiento es multi-factorial y multi-causal tratando de hacer conciencia de la necesidad de ser flexibles ante la diabetes.

En cuanto a los pacientes que reportan que a la edad de 40 años se les dio el diagnóstico, hacemos la sugerencia de que se haga una fuerte labor del equipo de profesionales de la salud, enfocada hacia la generación de actitudes positivas hacia las revisiones médicas en bien de su estado de salud y

enfermedad, si esto se hace en momentos iniciales de la enfermedad, existen mayores posibilidades de retardar las complicaciones de la misma

Ante las maneras en que se les dio el diagnóstico de diabetes a los pacientes, consideramos que la información y comprensión con la que cuentan los pacientes de los signos y síntomas de la misma es equivocada o incluso desconocida, ante lo cual sugerimos que los médicos otorguen la información apropiada y suficiente acerca las características de las diabetes, a los mismos enfermos, a sus familiares y a la población en general, ya que el diagnóstico se les dio a la mayoría por otros síntomas o problemas de salud programándoseles análisis de laboratorio de rutina

Otro de los aspectos imprescindibles como el de revisar su nivel de glucosa en sangre, es necesario realizar fuertes campañas de información sobre la base de programas de trabajo muy específicos,. Ya que este debe ser monitoreado con la mayor frecuencia posible, ya sea con el glucómetro o acudiendo a la clínica de salud más cercana, donde los programas del auto monitoreo puedan ser más efectivos dentro de las instituciones de salud, haciendo hincapié en los beneficios de este y de las consecuencias de no realizarlo de manera debida. Con los pacientes que no tienen la posibilidad de contar con un glucómetro se recomienda realizar cursos, talleres o eventos en diabetes invitando a laboratorios para que se otorgaran algunos aparatos a las personas más necesitadas.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Ante la contradicción de que los pacientes consideran tener una educación y conocimiento de la diabetes con la desorganización del tratamiento que emplean, recomendamos un trabajo interdisciplinario de identificación de aquellos pacientes que están bajo esta situación, y proporcionarles un trabajo individual y grupal de atención a la enfermedad que les permita clarificar y realizar el control de la enfermedad mas benéfico, basado en información viable y acertada para este tipo de pacientes.

Con relación a las prescripciones medicas que se les otorgan, es necesario desarrollar acciones inmediatas, desde el trabajo interdisciplinario,

principalmente conformado por médicos, nutriólogos y psicólogos, enfocadas principalmente a que los pacientes se capaciten para manejar de mejor forma los distintos recursos de tratamiento que existen, haciendo hincapié en la importancia de realizar de manera equilibrada y organizada las prescripciones medicas a través de estrategias más efectivas.

La más importante recomendación ante estos puntos, y que la consideramos como una de las estrategias centrales al momento de trabajar con los pacientes con diabetes, es el trabajo de educación en diabetes tanto en el ámbito preventivo como de tratamiento, desde el trabajo del equipo de profesionales de la salud, fomentando entre ellos la comunicación y el apoyo, donde el objetivo principal es que los pacientes puedan adquirir un pronto y eficaz ajuste y una adaptación a la enfermedad, con base a planes, programas y estrategias de trabajo adecuadas principalmente al perfil de la población, para tratar de alcanzar el efecto deseado en lo pacientes con diabetes, que es un adecuado apego o adherencia al tratamiento, el cumplimiento adecuado de las indicaciones medicas y lograr así un estado de bienestar físico, psicológico y social.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento y las actividades de autocuidado que de manera individual emplea cada integrante de la muestra de estudio, las recomendaciones estriban en que la principal intervención es sobre la base de la identificación de cada paciente, e integrarlo a un trabajo psicoterapéutico individual basado en los distintos enfoques psicológicos para provocar formas individuales de afrontar la diabetes, centrándose en ella o aceptándola, y generar un efecto positivo en el control de la enfermedad. Considerando así mismo, que el trabajo psicoterapéutico se viera reforzado por otros profesionales de la salud cuyo objetivo seria que las actividades de autocuidado las consideraran los pacientes igual de importantes todas en su conjunto, para intentar lograr el bienestar integral de los pacientes

De tal forma que en el trabajo de intervención interdisciplinaria para el manejo individual o grupal de la enfermedad de los pacientes, consideramos imprescindible generar estrategias de afrontamiento funcionales y la

adquisición de destrezas para la ejecución de las actividades de autocuidado. Donde el tipo de afrontamiento coincida con la actividad de autocuidado que se realiza y no al contrario como lo mostró el estudio. Por lo que aquí retomáramos un objetivo importante de la disciplina de la psicología de la salud, el de que exista una relación positiva y uniforme entre la estrategia de afrontamiento y la actividad de autocuidado.

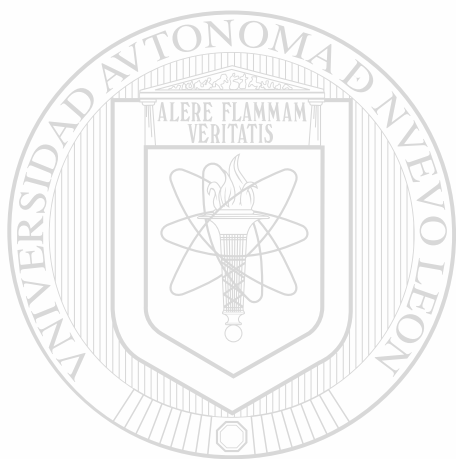
Consideramos que los resultados derivados del presente estudio pueden servir de guía a la hora de diseñar estrategias de intervenciones educativas y de intervención para la población que padece diabetes. Se propone que las intervenciones tengan como principal objetivo el aumento de las habilidades de afrontamiento centradas en el problema, maximizando las estrategias de búsqueda de información, búsqueda de apoyo social, aceptación, expresión emocional controlada y además, también trabajando en el objetivo de extender la ejecución integral y uniforme de las actividades de autocuidado, que se les prescriben.

Bajo esta dinámica de intervención individual y grupal recurriríamos a uno de los campos de actuación más importantes de la psicología de la salud, el de proponer al sistema de salud acciones que tengan como objetivos: Mayor calidad de vida, mejora en la calidad de los servicios de salud, la modificación de actitudes de pacientes y personal de salud, con lo cual, creemos, se estarían reduciendo la aparición temprana de las complicaciones crónicas y agudas que trae consigo la diabetes mellitus, como lo son las retinopatías, las neuropatías, las neuropatías y sus consecuencias de cegueras, amputaciones, infartos, beneficiándose con estas recomendaciones no solo el paciente, sino también su familia, las instituciones y el sistema de salud.

La presente investigación ha sido resultado de un trabajo lleno de exigencias, esfuerzos, dedicación, compromiso, disciplina y responsabilidad constante, el cual, de manera muy favorable nos ha permitido obtener mayor conocimiento, comprensión y claridad en cuanto a la problemática de la diabetes mellitus tipo 2 en las personas adultas desde el ámbito de las formas en que ellas afrontan y

cuidan por sí mismas de su padecimiento, involucrado ello comportamientos, conductas, actitudes y habilidades o destrezas

A sí mismo, consideramos que la pertinencia del presente estudio puede estar en función, por un lado, en el sentido de que aportó información útil para que sea considerada por otros profesionales del área de la salud involucrados en la atención y tratamiento de la diabetes mellitus, y por el otro, consideramos que esta investigación nos da la oportunidad de incrementar las investigaciones desde la psicología de la salud retomando otros aspectos psicosociales que se presentan tanto la diabetes mellitus como en las demás enfermedades crónicas.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.

American Psychological Association (2002), Código ético de los psicólogos, consultado en junio 24, 2005. Disponible en: <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>

Basabe, N., Valdoseva, M. y Páez, D. (1993) *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. Valencia. Promolibro.

Belendez, M. y Méndez F. (1999). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodologías y Aplicaciones* Madrid Pirámide

Bishop, G.D. (1994) *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn & Bacon.

Buendía J. (1999) *Familia y Psicología de la Salud* Madrid: Piramide

Buela-Casal G, Cabalo, V. y Sierra, J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.

Cruz, A. (25 de agosto). Llama IMSS a lucha contra la diabetes. *La jornada*, p. 02

De la Fuente, J. (2002). *Psicología médica*. 2da. Edición. México: F. C. E.

Díaz L., Galán S., y Fernández, G. (1993) Grupo de auto cuidado de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 35, 169-176

Fierro, A. y Jiménez, J. (1999) *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide

Gallar, M. (2001). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*
España: Thompson-Paraninfo

Gallegos, E. (1998) Valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo científico de enfermería* 6 260-266.

Gallegos, E , Cárdenas, V. y Salas, M (1999). Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2 Consultado en Febrero, 23, 2005. Disponible en http://www.seapremur.com/La_salud_por_la_integridad/autocuidado.htm.

García, A., Prados, D. y Sánchez de la cuesta, F. (2003). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Semergen* Consultado en Marzo 23, 2005 Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pident=13057634>

González, M (2003, Diciembre) La diabetes en México *Atención medica*, pp. 12-13.

Grey, M. (2000). Coping and Diabetes. *Diabetes Spectrum*, consultado en marzo 26, 2005 Disponible en <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n3/pg167.htm>

Grey, M. y Berry, D. (2004). Coping skills training and problem solving in diabetes. *Current science Inc.* consultado en Abril 12, 2005. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15035973&query_hl=1

Glasgow, R., Tobbert, J. y Gillette, D (2001) Psychosocial barriers to diabetes, self-management and quality of life *Diabetes Spectrum* consultado en mayo del 2005. Disponible en http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/reprint/14/1/33?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=glasgow&andorexactfulltext=and&searchid=1131752217848_812&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1&journalcode=diaspect

Hardí, E. y Jiménez, A. (1999). Masculinidad y género. *Scielo*. Consultado en Agosto, 24, 2005. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200001&lng=es&nrm=iso

Hemsadus, M. (1997). *Estrés y salud*. Valencia Promolibro

Instituto nacional de salud pública (2002) *Encuesta nacional de salud* Consultado en Mayo, 17, 2004 Disponible en <http://www.insp.mx/ensa/2002>.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). (Traducido por M. Zaplan). *Estrés y procesos cognitivos*: Ediciones roca. (Original publicado en 1984.)

Lazarus, R. (2000) *Estrés y emoción* Barcelona: Desclee de Brouwer.

Leventhal, R. y Leventhal, E. (2001). *Handbook of health psychology*. Mahwah, N J. USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

López de Roda A (1997) *Estrés psicosocial y salud*. Valencia: Promolibro.

López E. y Marvan, M (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos *Instituto nacional de salud*, 46, 216-221

Martin-Alfonso, L. y Grau, J. (2004, Enero). La investigación de la adherencia terapéutica: un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, pp. 89-100.

Martin, D, Jiménez, P. y Fernández-Abascal E. (1997) Estudio sobre una escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción* Consultado en Noviembre, 16, 2004 Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Mendoza, C , Cabrero, J , Martínez M , Ortiz, M. y Cabañero, M (2005) La medición de los autocuidados: Una revisión de la bibliografía. *Enfermería*

clínica. Consultado en Agosto, 23, 2005. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pident=13073071>.

Mercado F., Lizardi-Gomes A., Benítez, R. y Alcántara, E. (2003) Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Atención primaria*. Consultado en Junio, 24 2005. Disponible en <http://db2.doyma.es/pdf/27/27v31n01a13042575pdf001.pdf>

Orem, D. (1979). *Nursing: Concepts of practice* (2nd Ed.) New York: McGraw-Hill.

Oquendo, M. (1988). Variables que intervienen en el estilo de afrontamiento de la diabetes (Tesis de Licenciatura, Universidad Boliviana) Bolivia

Oblitas, L. y Beroña, E. (2000) *Psicología de la Salud. Aspectos Cognitivos del Estrés* Madrid. Pirámide.

Pacheco, P. (2004) *Factores psicológicos en las enfermedades crónicas*. Consultado en Septiembre, 2004. Disponible en http://www2.udec.cl/~papachec/fact_psic_en_las_enf.htm.

Peralta, G. Y Figuerola, D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr.* Consultado en Febrero 25, 2005. Disponible en http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13050151&pident_usuario=291654&pident_revista=12&fichero=12v50n07a13050151pdf001.pdf&ty=115&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es

Pérez, M. (1993). *Aportaciones de la Psicología al Tratamiento de la Diabetes* Madrid Pirámide.

Pérez, M. Y Cols. (1998) *Manual de psicología de la salud* Madrid Pirámide

Report of the expert committee on the diagnosis of diabetes mellitus (1999). *Diabetes mellitus and other categories of Diabetes care*, Supp 1 22

Rico-Herrera, L. y Cacique, L. (2002) Visión dialéctica del auto cuidado según D. Orem. *Desarrollo científico de enfermería*, 10, 68-70.

Rodríguez, J (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicología.

Rodríguez, M. (2003) *Construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones no vinculadas al estrés*. *Revista de Psicología y Salud*, pp. 43-56.

Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad* España: Gedisa.

Sandín, B (Ed.). (1995). *Psicopatología general* (Vols. 1). Madrid: Limusa.

Sandín, B. (2002). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Consultado en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf

Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54.

Sarason, I. y Sarason, B. (1996). *Psicología anormal*. México. Prentice Hall.

Salazar, R., Gallegos, E., y Gómez, M. (1998, Julio) Autocuidado del adulto con diabetes mellitus. *Diabetes hoy para el medico*, pp. 24-29.

Senecal, C., Nouwen, A. y With, D. (2000, Mayo). Motivation and dietary self care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs. *Journal of personality and social psychology*. 19, pp. 452-557.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. 2000. NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México, Diario Oficial de la Federación Octubre 2000.

Schwarzer, R y Renner, B. (2000, Mayo). Social-cognitive predictors of health behaviour: Action self and coping self-efficacy. *Journal of personality and social psychology*. 19, pp. 487-495.

Sistema nacional de información en salud (2002). *Anuario estadístico*. Consultado el 12 de agosto del 2005 en <http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/publicaciones.htm>

Sociedad mexicana de psicología (2005) Código ético del psicólogo. México D. F: Trillas.

Stephen, M. y Timothy, P. (2002, Junio) Adherence to exercise prescriptions: effects of prescribing moderate versus higher levels of intensity and frequency. *Journal of personality and social psychology* 21, pp. 542-552.

Skinner, CH. y Hampson, S (2002, Enero). Personality, personal model beliefs, and self care in adolescents and young adults with type 1 diabetes *Journal of personality and social psychology*. 21, pp. 61-70.

Taylor, S. y cols. (1999). *Modelos y teorías en enfermería*. U.S.A: Har Curt Brace.

Toobert, D. Hampson, S., Glasgow R (2000) The Summary of Diabetes Self-Care. Revista: *Diabetes care*. Consultado en Marzo 23,2005. Disponible en http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/23/7/943?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=The+Summary+of+Diabetes+Self-Care&andorexactfulltext=and&searchid=1132251375761_5869&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1&journalcode=diacare

Uribe, T. (1999, Septiembre). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*. 2, pp. 109-118.

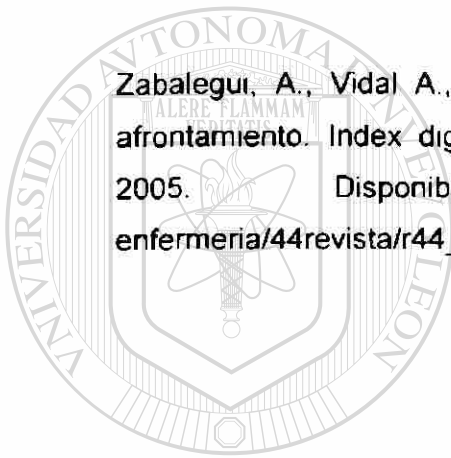
Velasco, M y Sinibaldi, J. (2001) *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia* México: Manual Moderno.

Walker, E. y Usher, J. (2003). Understanding and enhancing adherence in adults with diabetes. Current science Inc. Consultado en Mayo 27 2005. Disponible en: <http://www.current-reports.com/article.cfm?PubID=DR03-2-2-04&KeyWords=&Type=Abstract&CFID=6053714&CFTOKEN=42198964>

Weintrauby, J. K., Scheier, M. y Carver, CH. (1989, Julio). Assessing coping strategies A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology* 5, pp. 267-283

Zarate, A. (1997). *Diabetes Mellitus* México Trillas

Zabalegui, A., Vidal A., Soler D y Latre, E. (2002) Análisis empírico de afrontamiento. Index digital de *Enfermería clínica*. Consultado en Marzo 23 2005. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/r44_articulo_56-59.php

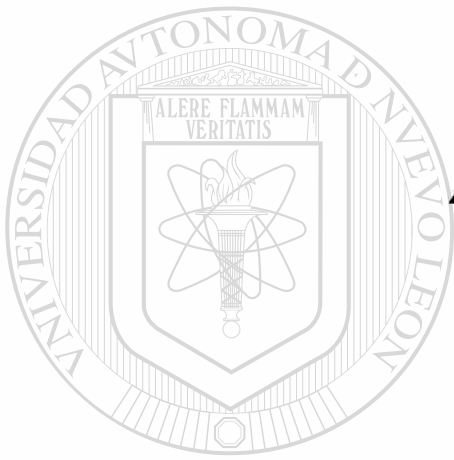


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





ANEXO I

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CARTA DE INVITACIÓN A PACIENTES

Estimado Paciente:

Se le hace una cordial invitación a participar en una investigación que nos encontramos realizando por parte del área de postgrado de la facultad de psicología de la U. A. N. L. con la importante colaboración de esta institución de atención a la salud.

El propósito es poder conocer los diferentes aspectos psicológicos y sociales que están presentes en las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2

Su participación consiste en contestar los siguientes cuestionarios, lo cual ayudara a desarrollar programas de atención que nos permitan mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes como el tratamiento que se les puede otorgar y así ayudarles a adaptarse, de la mejor manera posible, a la enfermedad.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

AGRADECEMOS SU IMPORTANTE COLABORACION PARA ESTE ESTUDIO.

FACULTAD DE PSICÓLOGIA DE LA U. A. N. L.

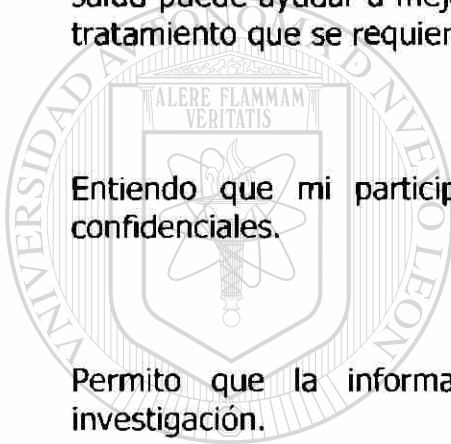
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

YO.....Estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que sé esta llevando a cabo por parte de la facultad de psicología de la U. A. N. L. en conjunto con esta institución de salud.

El objetivo de este estudio es conocer como enfrentan las personas con diabetes mellitus tipo 2 el auto cuidado necesario para hacer frente a su enfermedad. Con esta información, se podrá conocer mas como el equipo de salud puede ayudar a mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad y al tratamiento que se requiere, lo cual beneficiara también en su recuperación.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán confidenciales.

Permito que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

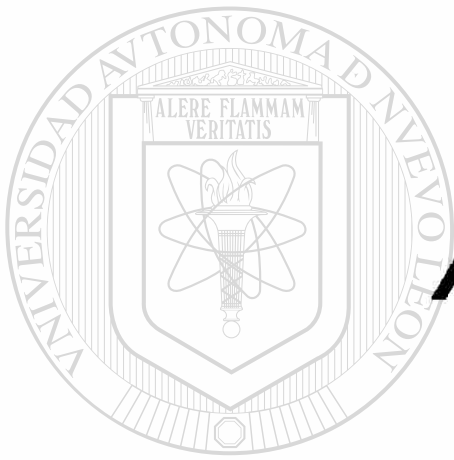


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Firma del paciente

Firma del investigador

Monterrey N. L. a ___/___/2005



ANEXO II

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CEDULA DE ENTREVISTA

Fecha de aplicación: _____ # De cedula _____

Peso: _____ Glucemia en ayunas _____

Edad: _____ Genero: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Religión: _____ Rol que ocupa en la familia: _____

Servicio medico. Imss: () Isstte. () SSA: () Particular: () H. U. ()

Ingresos familiares aproximados. _____

Diagnostico de diabetes en algún embarazo: Si () No () No Sabe ()

Antecedentes hereditarios: Si () No () No sabe ()

Antecedentes personales: Si () No () No Sabe ()

Obesidad Si () No () No Sabe () Ingresos hospitalarios previos Si () No ()

Fuma tabaco en la actualidad:

Nunca () Pocas veces () Frecuentemente () Casi siempre () Siempre ()

En que situaciones suele fumar:

Solo () Familia () Fiestas () Trabajo () Ninguna ()

En caso de fumar ocasionalmente: ¿Cuántos Cigarrillos fuma al mes?

Menos de 5 () Menos de 20 () Ninguno ()

En caso de fumar regularmente: ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Menos de 5 ()

Entre 5 y 10 () Entre 10 y 15 () Entre 15 y 20 o más () Ninguno ()

Menos de 40 () Mas de 40 ()

Su riesgo de tabaquismo es: Bajo () Medio () Alto () No tengo riesgo ()

Consumo bebidas alcohólicas:

Nunca () Pocas veces () Frecuentemente () Casi siempre () Siempre ()

En que situaciones suele tomar:

Solo () Familia () Fiestas () Trabajo () Ninguna ()

Durante el último mes ¿Cuántas ocasiones consumió bebidas alcohólicas?

Ninguna () De 1 a 3 ocasiones () En 4 o más ocasiones ()

Su riesgo de alcoholismo es. Bajo () Medio () Alto () No tengo riesgo ()

Factores precipitantes del diagnostico:

Detección () Fatiga () Hospitalización por diabetes () Hospitalización por otras causas () Poliduria, Polidipsia, Polifagia () Pérdida de peso () Astenia ()

Edad que tenía cuando le diagnosticaron diabetes _____ Años de diabético _____

Fecha del diagnostico _____ Institución o lugar del diagnostico. _____

Recibía atención medica previa	Sí () No ()
Tiempo transcurrido desde la ultima consulta	Nunca () Años () Meses () Días ()
Conoce el tratamiento de la diabetes:	Sí () No ()
Sabe que es la diabetes:	Sí () No ()
Conoce las consecuencias de la diabetes:	Sí () No ()
Presenta alguna complicación de la diabetes	Sí () No () No Sabe ()
Sobre que conoce más de la diabetes:	_____
Prescripción médica que más realiza	_____
Tiene medidor de glucosa:	Sí () No ()
Frecuencia de medición de glucosa:	Día () Semana () Mes ()
Otra forma de chequearse los niveles de glucosa:	_____
Realiza ejercicio y actividad fisica:	Sí () No ()
Tiene educación en diabetes:	Sí () No ()
Se aplica Insulina	Sí () No ()
Tiene cuidado del pie:	Sí () No ()
Toma medicamentos orales:	Sí () No ()
Realiza la dieta recomendada:	Sí () No ()

¿QUE ALIMENTOS CONSUMIO DURANTE EL ULTIMO MES?

	NUNCA	DIARIAMENTE	CADA TRES DIAS	1 VEZ POR SEMANA
CARNE				
HUEVOS				
LECHE				
CEREAL				
PESCADOS				
FRUTA				
VERDURAS				
PAPAS Y FRITOS				
FRIJOLES				
COCA-COLA, PEPSI				
HAMBUEGUESAS, HOT-DOGS				
CARNE ASADA				
GARBANZOS, LENTEJAS HABAS				
PAN DE AZÚCAR				
NIEVE O HELADOS				
DULCES				

!! GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !!

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ # De Cuestionario: _____

INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuestionario se mencionan las diferentes formas de pensar y de comportarse que las personas suelen utilizar para afrontar la enfermedad de la diabetes, no hay formas buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores que otras, **MARQUE CON UNA CRUZ** el número que mejor represente el grado que empleo cada una de las formas que se describen a continuación:

	1 NUNC A	2 POCAS VECES	3 FRECUEN TEMENTE	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
1. Trato de analizar las causas de la diabetes para poder hacerle frente	1	2	3	4	5
2. Me convengo de que haga lo que haga con la diabetes siempre me saldrán mal las cosas	1	2	3	4	5
3. Intento concentrarme en los aspectos positivos de la diabetes	1	2	3	4	5
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5
5. Cuando me acuerdo de la diabetes, me concentro en otras cosas	1	2	3	4	5
6. Le cuento a mis amigos y familiares como me siento	1	2	3	4	5
7. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5
8. Trato de solucionar la diabetes siguiendo pasos bien pensados	1	2	3	4	5
9. No he hecho nada concreto con la diabetes, ya que las cosas siempre están mal	1	2	3	4	5
10. Intento sacar algo positivo de la enfermedad	1	2	3	4	5
11. Insulto a ciertas personas	1	2	3	4	5
12. Me concentro en el trabajo o en otras personas para olvidarme de la diabetes	1	2	3	4	5
13. Pido un consejo a un pariente o amigo para enfrentar mejor la diabetes	1	2	3	4	5
14. Pido ayuda espiritual ante mi enfermedad	1	2	3	4	5
15. Establezco un plan de acción para la diabetes y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5
16. Comprendo que yo soy el principal causante de mi enfermedad	1	2	3	4	5
17. Descubro que en la vida hay cosas buenas gente que se preocupa por mí	1	2	3	4	5
18. Me comporto de forma hostil hacia los demás	1	2	3	4	5
19. Salgo al cine, a cenar, a dar una vuelta, para olvidarme de la enfermedad	1	2	3	4	5
20. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca de mi enfermedad	1	2	3	4	5
21. Acudo a la iglesia para rogar que se solucione mi diabetes	1	2	3	4	5

22. Hablo con personas con diabetes para encontrar una solución	1	2	3	4	5
23. Me siento indefenso e incapaz de hacer algo positivo para cambiar mi diabetes	1	2	3	4	5
24. Comprendo que otras cosas son para mí más importantes que la diabetes	1	2	3	4	5
25. Agredo a algunas personas	1	2	3	4	5
26. Procuro no pensar en la diabetes	1	2	3	4	5
27. Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me siento mal	1	2	3	4	5
28. Tengo fe en que dios remediará la situación	1	2	3	4	5
29. Hago frente a la diabetes proponiendo soluciones concretas	1	2	3	4	5
30. Me doy cuenta de que no puedo hacer algo para resolver la diabetes	1	2	3	4	5
31. Pienso que no hay mal que por bien no venga	1	2	3	4	5
32. Me irrito con la gente	1	2	3	4	5
33. Practico algún deporte para olvidarme de la diabetes	1	2	3	4	5
34. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual es el mejor camino a seguir con mi diabetes	1	2	3	4	5
35. Rezo	1	2	3	4	5
36. Pienso detenidamente los pasos que debo seguir para enfrentarme a la diabetes	1	2	3	4	5
37. Me resigno a aceptar las cosas como son	1	2	3	4	5
38. Compruebo que las cosas pudieron haber ocurrido peor	1	2	3	4	5
39. Luchó y me desahogo expresando mis sentimientos	1	2	3	4	5
40. Intento olvidarme de todo	1	2	3	4	5
41. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5
42. Acudo a la iglesia para poner velas y rezar	1	2	3	4	5

¡¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !!

**CUESTIONARIO:
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ # Cuestionario: _____

Instrucciones:

Las siguientes preguntas nos hablan acerca del cuidado de la diabetes durante los últimos siete días. **Marque con una cruz** el número de días según las veces que llevo a cabo las actividades de autocuidado que aquí se mencionan:

1. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha seguido un plan alimenticio saludable?
0 1 2 3 4 5 6 7

2. En promedio, durante el pasado mes, ¿cuántos DIAS POR SEMANA ha seguido su plan alimenticio?
0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha comido cinco o más porciones de frutas y verduras?
0 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha comido comidas altas en grasas tales como carne roja o productos lácteos grasos?
0 1 2 3 4 5 6 7

5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS participó en una actividad física de al menos 30 minutos? (Total de minutos de actividad continua, incluyendo caminar)
0 1 2 3 4 5 6 7

6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS participó en una sesión de ejercicio específica (como nadar, caminar, andar en bicicleta) diferente de lo que hace dentro de la casa (Quehaceres, limpieza) o como parte de su trabajo?
0 1 2 3 4 5 6 7

7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS realizó un análisis de azúcar en la sangre?
0 1 2 3 4 5 6 7

8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS realizó los análisis de azúcar en la sangre según la recomendación de su doctor?
0 1 2 3 4 5 6 7

9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS se revisó los pies?
0 1 2 3 4 5 6 7

10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS revisó dentro de sus zapatos?
0 1 2 3 4 5 6 7

11. ¿Ha fumado un cigarro – aunque sea uno solo- en los últimos SIETE DIAS?
0 () No
1 () Sí Si tu respuesta es sí ¿cuántos cigarros en promedio fumó por día _____

¡¡ MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

