



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“Creencias, Género, Ansiedad y su relación con el
Automanejo de la Diabetes Tipo 2 en Pachuca,
Hidalgo.”**

Tesis que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

LOL ZAZIL CANUL MOTA

Director(a) de Tesis

DRA. ANGÉLICA ROMERO PALENCIA

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., noviembre de 2018



12/octubre/2018

AAM/MCBS/121/2018

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Loi Zazil Canul Mota
Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Creencias, género, ansiedad y su relación con el automanejo de la Diabetes tipo 2 en Pachuca, Hidalgo" con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

- PRESIDENTE DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
- PRIMER VOCAL DRA. ANGÉLICA ROMERO PALENCIA
- SECRETARIO DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
- SUPLENTE DRA. GLORIA SOLANO SOLANO
- SUPLENTE DR. JOSÉ ESAEL PINEDA SÁNCHEZ

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.



Atentamente
 "AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

M.C. ESP. ADRIÁN MOYA ESCALERA
 DIRECTOR

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO
 COORDINADORA DE POSGRADO ICESA

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
 COORDINADOR DEL PROGRAMA



Instituto de Ciencias de la Salud
 Exhacienda la Concepción s/n Camino a Tilcuautla.
 San Agustín Tlaxiaca, Hgo. C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308
 mtria_bio_sal@uaeh.edu.mx

En el presente expreso mi total agradecimiento a las instituciones que han hecho posible la realización de este trabajo de tesis.

Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), con número de beca 451543.

Necesario es mencionar que el programa de maestría pertenece a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo cuyo esmero en brindar mejores oportunidades a su estudiantado permiten contar con un posgrado de calidad.

Durante el periodo febrero – mayo de 2018 se realizó una estancia nacional de investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Ciudad de México, apoyada por Beca Mixta del CONACyT.

Corresponde también lo propio a la Secretaría de Salud de Hidalgo, al Dr. Felipe Monroy López por las facilidades otorgadas para trabajar en el Centro de Salud Norponiente y Centro de Salud Surponiente.

Por supuesto, a las y los pacientes de ambos centros de salud y todas las personas que prestaron de su tiempo para participar en la presente investigación.

Agradecimientos

Mi profundo agradecimiento a todas las personas que brindaron su apoyo de múltiples maneras durante el proceso de realización de este trabajo.

A mi familia: a mi madre, por las vastas e incontables formas de darme su protección y amor; a mi hermana Melina, por su incuestionable cariño; a Leo, por la promesa andante que representa; a Mario, por ser mi héroe guardián.

A las personas que forman parte de mi comité, por su tiempo, sabiduría y atinadas recomendaciones: a la Dra. Rebeca, a la Dra. Gloria y a la Dra. Sofia. Aunque su acompañamiento fue breve, también le debo un agradecimiento al Dr. Arturo y al Dr. Erael. A la Dra. Angélica, por su guía y experiencia a lo largo de los años y sobre todo por su amistad.

A mis amigas y amigos que han acompañado este camino y cuya lista en mi memoria y afectos es grande, con un agradecimiento especial a Emmanuel, por ser mi compañero en esta maestría. A Melisa, Ari, Diana, Euan, Odette y Anais, por ser mi red más cercana. A Selim, por acompañar mis momentos de entusiasmo y de estrés. A Manu y el Ene por que la distancia nunca me separa de sus abrazos certeros.

Finalmente gracias tía Cony, por alimentar a mis gatos.

Dedicatoria:

A mi yo del pasado,
por las veces que no se creyó capaz de hacer una maestría.

A mi yo del futuro,
para cuando no se crea capaz de lograr algo.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ABREVIATURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
1. Introducción	1
2. Antecedentes Generales	3
2.1. <i>Diabetes</i>	3
2.1.1. <i>Diabetes Tipo 2</i>	4
2.1.2. <i>Etiología</i>	4
2.1.3. <i>Factores de riesgo</i>	5
2.1.4. <i>Diagnóstico</i>	6
2.1.5. <i>Complicaciones</i>	6
2.1.6. <i>Epidemiología</i>	7
2.1.6.1. <i>Contexto internacional</i>	8
2.1.6.2. <i>Contexto nacional</i>	8
2.1.6.3. <i>Contexto local</i>	10

2.1.7.	<i>Tratamiento</i>	11
2.1.7.1.	<i>Educación en diabetes</i>	11
2.1.7.2.	<i>Tratamiento farmacológico</i>	12
2.1.7.3.	<i>Tratamiento nutricional</i>	12
2.1.7.4.	<i>Tratamiento psicológico</i>	13
2.1.7.5.	<i>Otras medidas para el tratamiento de la diabetes</i>	13
2.2.	<i>Modelo de Automanejo de la enfermedad</i>	15
2.2.1.	<i>Antecedentes; autocuidado y adherencia al tratamiento</i>	16
2.2.2.	<i>Automanejo de la Diabetes Tipo 2</i>	18
2.2.3.	<i>Factores culturales asociados al Automanejo de la Diabetes</i>	20
2.3.	<i>Ansiedad</i>	20
2.3.1.	<i>Etiología</i>	21
2.3.2.	<i>Signos y Síntomas</i>	22
2.3.3.	<i>Ansiedad y Diabetes</i>	23
2.4.	<i>Sociocultura y creencias</i>	26
2.4.1.	<i>Teoría psicosociocultural aplicada a la salud</i>	27
2.4.2.	<i>Creencias del Mexicano</i>	29
2.4.2.1.	<i>Creencias del Mexicano asociadas al Automanejo de la Diabetes Tipo 2</i>	30
2.5.	<i>Género</i>	31
2.5.1.	<i>Género y rasgos de personalidad</i>	33
2.5.2.	<i>Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad</i>	34
2.5.3.	<i>Rasgos de Instrumentalidad-Expresividad y Automanejo de la Diabetes Tipo 2</i>	35
3.	<i>Justificación</i>	38
4.	<i>Objetivos</i>	40
4.1.	<i>Objetivo General</i>	40
4.2.	<i>Objetivos específicos</i>	40
5.	<i>Hipótesis</i>	42
5.1.	<i>Hipótesis correspondientes a la fase comparativa:</i>	42
5.2.	<i>Hipótesis correspondientes a la fase correlacional:</i>	43
6.	<i>Materiales y Métodos</i>	45
6.1.	<i>Tipo de Estudio:</i>	45
6.2.	<i>Definición de las variables</i>	45
6.3.	<i>Población y muestra</i>	47

6.3.1.	<i>Tamaño de la Muestra</i>	47
6.3.2.	<i>Muestreo</i>	47
6.3.3.	<i>Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación</i>	47
6.4.	<i>Descripción de la Muestra</i>	48
6.5.	<i>Instrumentos</i>	51
6.6.	<i>Procedimiento</i>	52
6.7.	<i>Análisis Estadístico</i>	54
6.8.	<i>Aspectos Éticos</i>	54
7.	<i>Resultados</i>	55
7.1.	<i>Análisis de Fiabilidad</i>	55
7.2.	<i>Pruebas de normalidad</i>	56
7.3.	<i>Análisis descriptivos de las variables evaluadas</i>	56
7.3.1.	<i>Grupo de personas con Diabetes Tipo 2</i>	56
7.3.2.	<i>Grupo de personas sin Diabetes Tipo 2</i>	57
7.4.	<i>Análisis comparativos</i>	58
7.4.1.	<i>Comparación entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2</i>	58
7.4.2.	<i>Comparación entre grupo de personas con y sin Diabetes Tipo 2.</i>	61
7.5.	<i>Resultados de Correlaciones</i>	62
7.5.1.	<i>Correlaciones de las evaluaciones de personas con Diabetes Tipo 2.</i>	62
7.5.1.1.	<i>Correlaciones de las evaluaciones correspondientes al grupo con medición de Glucosa Capilar</i> 64	
7.5.1.2.	<i>Correlaciones de las evaluaciones correspondientes al grupo con medición de Hemoglobina Glicosilada</i>	65
7.5.1.3.	<i>Correlaciones entre Automanejo de la Diabetes Tipo 2, Hemoglobina Glicosilada y Glucosa Capilar.</i>	67
8.	<i>Discusión de los Resultados</i>	68
8.2.	<i>Correlaciones de las evaluaciones de personas con Diabetes Tipo 2.</i>	69
8.3.	<i>Comparación entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2</i>	70
8.4.	<i>Comparación entre grupo de personas con y sin Diabetes Tipo 2</i>	71
9.	<i>Conclusiones</i>	73
10.	<i>Perspectivas y recomendaciones</i>	75
11.	<i>Referencias</i>	76
12.	<i>Anexos</i>	86
12.1.	<i>Consentimiento Informado para personas con Diabetes Tipo 2</i>	86

12.2.	<i>Consentimiento Informado para personas sin Diabetes</i>	90
12.3.	<i>Batería para personas sin Diabetes</i>	94
12.4.	<i>Batería para personas con Diabetes Tipo 2.....</i>	100

Índice de Figuras

Figura 1 Representación gráfica del Diseño de la Investigación.	53
--	----

Índice de Tablas

Tabla 1 Definición de variables	45
Tabla 2 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	47
Tabla 3 Instrumentos a utilizar.....	51
Tabla 4 Resultados del análisis de fiabilidad de las Variables y sus factores/indicadores.....	55
Tabla 5 Resultados descriptivos de las variables.	57
Tabla 6 Resultados descriptivos de las variables de la muestra de personas sin Diabetes Tipo 2	57
Tabla 7 Resultados descriptivos de la comparación entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2	59
Tabla 8 Resultados descriptivos de las variables por sexo en personas con Diabetes Tipo 2.....	60
Tabla 9 Comparación de resultados descriptivos de las variables en personas con Diabetes Tipo 2 y sin Diabetes.	61
Tabla 10 Correlación entre indicadores de Automanejo y Creencias del Mexicano.....	62
Tabla 11 Puntaje de las medias de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad	63
Tabla 12 Puntaje de las medias de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad	64
Tabla 13 Correlación entre indicadores de Automanejo y Creencias del Mexicano.....	65
Tabla 14 Puntaje de las medias de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad	66
Tabla 15 Correlación entre indicadores de Automanejo y Creencias del Mexicano.....	66
Tabla 16 Correlación entre Automanejo con Hemoglobina Glicosilada y Glucosa Capilar.....	67

Abreviaturas

Abreviatura	Significado
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles
CNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EPAQ	Cuestionario de Atributos de la Personalidad
mmHg	milímetros (mm) de mercurio (Hg del latín Hydrargyrum). Esta unidad de medida se utiliza para medir la presión arterial sanguínea.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSCs	Premisas Socioculturales
SDSCA	Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes

Resumen

La Diabetes Tipo 2 es una enfermedad crónico-degenerativa con altos niveles de incidencia en México. Su tratamiento requiere además de medicación, cambios en el estilo de vida; la falta de tales cuidados puede traer como consecuencia complicaciones graves. El modelo biomédico de atención a la Diabetes no contempla el abordaje de variables socioculturales, que pueden incidir en las prácticas cotidianas de las personas que la padecen y reducir la mortandad de dicha enfermedad. La incorporación de este tipo de variables acrecentaría la efectividad del enfoque médico tradicional considerando modelos integrales de atención a la salud.

El presente trabajo buscó indagar la relación entre variables de orden sociocultural con el automanejo de la de la Diabetes Tipo 2, contemplando las creencias del mexicano, rasgos de instrumentalidad-expresividad y ansiedad. Se trabajó con una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y 100 personas sin diagnóstico de Diabetes en un rango de 30 a 60 años de edad, seleccionadas mediante un muestreo intencional por cuota en un estudio no experimental, correlacional de corte transversal.

Se identificaron factores de expresividad en correlación negativa con el automanejo, así como factores de instrumentalidad y expresividad con correlación positiva sin haber diferencias significativas entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2. También se encontraron factores de creencias del mexicano en asociación positiva con indicadores de automanejo, habiendo diferencias respecto a la muestra sin Diabetes, lo que puede indicar acentuación de las creencias y la ejecución conductas determinadas por el padecimiento.

Palabras clave: ansiedad, cultura, expresividad, instrumentalidad, salud.

Abstract

Diabetes is a chronic degenerative disease with high incidence in Mexico. Successful treatment requires, apart from medication, lifestyle changes; lack of self-care can result in serious complications. The biomedical model of Diabetes attention does not contemplate sociocultural variables, which can impact the everyday practices of patients and reduce the mortality of this disease. The inclusion of these variables can enhance the effectivity of a traditional medical approach and push it towards an integral healthcare model.

The purpose of the present work is to identify a relationship between sociocultural variables with the self-management of Type 2 Diabetes, contemplating Mexican Beliefs, Instrumental and Expressive-Affiliative Traits, and Anxiety. We studied a sample of 100 patients diagnosed with Type 2 Diabetes plus 100 people without diagnosis of Diabetes, all aged 30 to 60, from the city of Pachuca, Hgo., and selected through intentional quota sampling. This is a non-experimental, cross-sectional correlational study.

Some expressivity factors were found to be in negative correlation with self-management indicators, while instrumentality and expressivity were both in positive correlation with positive diagnosis for Type 2 Diabetes. Also, some Beliefs factors were found in positive association with self-management indicators, and having differences between diagnosed and undiagnosed samples. This hints at an intensification of beliefs and behaviors determined by the disease.

Keywords: anxiety, culture, expressiveness, instrumentality, health.

1. Introducción

La historia del mundo, tal como se conoce, ha sido resultado de una mezcla de procesos, entre ellos el desarrollo de las ciencias. Las investigaciones que se realizan en cada campo deben dirigir la agenda científica y sus métodos a los asuntos de desarrollo de la humanidad, por ejemplo, la salud (1). Los estados de salud y enfermedad presentan una variabilidad que se explica según diferencias en la época, geografía, ambiente y la interacción de variados factores sociales; esto hace necesaria la integración de un sistema sanitario multidisciplinario que atienda a las necesidades correspondientes (1).

Luego de los avances de la medicina moderna los indicadores como la calidad de vida, la mortandad y las causas de muerte se han modificado a través de las décadas, obligando a voltear la mirada científica a los problemas de salud que representan mayorías estadísticas. En los años 50, por ejemplo, las enfermedades transmisibles fueron responsables del 70 % del total de las muertes en el país. Para la década de 2010, éstas solo representan el 12 %. En contraste, durante el mismo intervalo de tiempo, la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se ha elevado de 23 a 75 % (2). Estos datos indican que la preocupación sanitaria ha dejado de ser la atención a las enfermedades transmisibles, gracias al control epidemiológico de ellas, pero se sustituye con el aumento de las enfermedades no transmisibles.

Una de estas enfermedades que ha ido en aumento considerablemente es la diabetes, cuya etiología y desarrollo se asocia a múltiples factores (3). Los investigadores de la salud, a través de diversos descubrimientos, sugieren que la aproximación terapéutica en el tratamiento debe incluir la comprensión de sus componentes sociales, psicológicos y psiquiátricos para alcanzar el bienestar del paciente y la prevención de complicaciones (4).

Vigilando todo lo anterior, el presente trabajo analizó una relación de variables de orden psicosociocultural en el manejo del proceso de salud de una enfermedad crónica no transmisible. A lo largo del capítulo 2 se desarrolla el marco teórico, conceptual y epidemiológico que explica y contextualiza las variables a tratar. Se inicia con la Diabetes Tipo 2, conociendo los aspectos de la enfermedad como la etiología, elementos para el

diagnóstico, epidemiología (internacional, nacional y local), complicaciones, así como los componentes del tratamiento. Luego se describe el modelo de automanejo de la enfermedad, que atiende las necesidades mencionadas para una atención integral de la Diabetes Tipo 2 y donde también se señala la importancia de complementar con factores socioculturales el enfoque.

Posteriormente se desarrollan las tres variables independientes consideradas para el estudio. Por la parte de la salud mental está la Ansiedad, con sus elementos epidemiológicos, así como la relación que guarda con la Diabetes Tipo 2. Como variables correspondientes a la sociocultura se describen las Creencias del mexicano, explicadas desde la teoría de la psicología social y buscando su aplicación al entorno de la salud. Finalmente, la variable correspondiente a la personalidad que es el Género, donde se desglosan los componentes de la sexualidad humana y se llega a la delimitación de los rasgos de Instrumentalidad y Expresividad asociados a lo masculino y lo femenino. Cada una de estas variables, se asocia con el automanejo de la Diabetes, en un marco de estudios que las sugieren sin tratarlas aún en los modelos de atención, aportando sustento a la realización de esta investigación.

2. Antecedentes Generales

2.1. Diabetes

La diabetes es definida como un grupo heterogéneo de disturbios metabólicos respecto a los carbohidratos, grasas y proteínas que presentan en común hiperglucemia, resultante de la falla en la acción de la insulina, secreción de la misma o ambas condiciones, la hiperglucemia crónica -concentración de glucosa elevada en la sangre- no controlada se asocia a daños clínicos a largo plazo, disfunciones y falla de órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (5). Se trata de una de las enfermedades crónicas más recurrentes con diferentes tipos y cuya etiología es diversa, siendo las más conocidas la Diabetes Tipo 1.

Actualmente se ha clasificado la diabetes en cuatro categorías (5,6):

- Diabetes Tipo 1: dependiente de la insulina, usualmente ocasionada por la deficiencia absoluta de insulina, además de que se ha considerado como de ocurrencia congénita. Quienes la padecen, requieren el suministro de insulina como tratamiento permanente y es más común que se presente en niños y jóvenes, aunque no se descarta su aparición en edades posteriores.
- Diabetes Tipo 2: también conocida como “no insulino-dependiente” ocasionada por la pérdida progresiva de la secreción de insulina o por la resistencia a la misma; su origen se encuentra relacionado con hábitos, conductas y estilos de vida que fungen como factores de riesgo, también se ha asociado a la carga genética. Su control puede lograrse mediante cambios en la dieta y ejercicio, en combinación con medicamentos orales o insulina suplementaria, según las necesidades de cada persona. Generalmente se presenta en edad adulta, aunque e registra una creciente presencia en la infancia y adolescencia.
- Diabetes Gestacional: tiene su origen durante el embarazo, es diagnosticada entre el segundo y tercer trimestre y desaparece generalmente seis semanas después del parto, aunque puede perdurar y aumenta el riesgo de que en alguna etapa posterior, la mujer desarrolle la enfermedad. Se caracteriza por glucemia de intensidad variable.

- Diabetes debida a otras causas: aquí se encuentran otras condiciones a partir de las cuales se puede desarrollar diabetes, como el síndrome de diabetes monogénica, enfermedades del páncreas exocrino y diabetes inducida por drogas o sustancias químicas.

De todas estas variantes, la Diabetes Tipo 2, es la más frecuente en presentarse en las personas (7). La aparición de los síntomas en ésta puede no detectarse sino hasta pasado tiempo desde el inicio de la enfermedad, lo que al no tratarse adecuadamente puede desencadenar una serie de complicaciones que afecten en mayor medida la calidad de vida de la persona, representando una gran desventaja (3).

2.1.1. Diabetes Tipo 2

Se estima que entre el 90 y 95% de los casos confirmados de Diabetes son del Tipo 2(5). Ésta se caracteriza por síntomas como: poliuria (incremento en la micción), polidipsia (incremento en la sensación de sed), polifagia (incremento en el apetito), pérdida significativa de peso sin razón aparente, cansancio, pérdida del interés o falta de concentración, parestesia (adormecimiento en manos o pies), visión borrosa, incremento en la adquisición de infecciones, lenta curación de heridas, infecciones cutáneas crónicas, entre otros (3,5,8).

2.1.2. Etiología

La diabetes es un trastorno complejo que combina factores ambientales con disfunciones biofisiológicas. Se produce cuando el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo necesita o bien los órganos blancos, que son aquellos con gran componente vascular, han sufrido de daños metabólicos que impiden la adecuada captación de insulina, que es la hormona encargada de transformar en energía los azúcares contenidos en los alimentos que consumimos (9).

La Diabetes Tipo 2 es desarrollada por una pérdida progresiva de la secreción de insulina o por la resistencia a la misma(5,6). Si bien, se desconoce una etiología específica, su presencia

está asociada con la obesidad, poca actividad física, alimentación malsana, hipertensión arterial, dislipidemia (colesterol sanguíneo anormal) y obesidad (6,8).

2.1.3. Factores de riesgo

Estudios previos indican diversos factores de representan mayores probabilidades para que una persona desarrolle la Diabetes.

El primero de estos es la obesidad, pues representa una alta comorbilidad con la diabetes (3). Según datos de la ENSANUT 2012 (10) el 10% de la población adulta en México presenta algún grado de obesidad y se coloca como uno de los focos de atención que se prioriza en acciones médicas de parte del gobierno federal.

Los hábitos de alimentación con alto consumo de hidratos de carbono y grasa son otro factor de riesgo (3), este tipo de alimentación se caracteriza por una alta ingesta de grasas, carnes rojas, embutidos, pan, tortillas, masas; uno de los grandes problemas con este aspecto, es que la comida tradicional mexicana contiene

El sedentarismo se entiende como un estilo de vida donde se presentan prácticas como una alimentación insuficiente o exagerada, carencia de horarios fijos, hábitos de sueño irregulares, consumo de alcohol y de tabaco, todo ello representa factores de riesgo a la salud (3) y facilita el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes.

Aunque recientemente se han presentado casos en niños y adolescentes, alcanzar una edad igual o mayor a los 40 años aumenta el riesgo de padecer diabetes (11).

Tener familiares de primer grado (mamá, papá o hermanos) con diabetes y haber padecido diabetes gestacional, son otro de los factores de riesgo; lo mismo que si se culmina al menos un embarazo y el bebé presenta un peso mayor o igual a los 4.0 kg. al nacer (8).

Otro factor asociado con la diabetes es el sobrepeso, por lo que presentar un índice de masa corporal de >25 kg/m² aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad (6).

Pertenecer a una población étnica de alta incidencia, como los mexicanos, en los que se identificó por medio de un estudio científico, una alta probabilidad de desarrollar la enfermedad, por encima de otras poblaciones (12).

2.1.4. Diagnóstico

Para establecer el Diagnóstico de la Diabetes es necesario realizar una serie de estudios de laboratorio que son:

- Concentración plasmática de glucemia: es la presencia de glucosa en la sangre durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral, con una concentración de 126 mg/dL; o bien, igual o mayor a 200 mg/dl posterior a la ingesta de un alimento o una carga de glucosa tomada (12).
- Presencia de síntomas clásicos de la diabetes como poliuria, polidipsia, pérdida de peso y polifagia (12). Ante la ausencia de sintomatología, se considera que el diagnóstico se puede efectuar cuando hay registro de pruebas sanguíneas anormales en dos días diferentes (6).
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c): proporciona un diagnóstico más exacto, ya que mide la glucemia promedio del paciente en los últimos tres meses (12).

2.1.5. Complicaciones

La hiperglucemia, es decir, el aumento de la glucosa en la sangre de forma crónica se asocia a daños a largo plazo, disfunciones y falla de órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (8,13).

La Diabetes, en sus diferentes tipos, genera complicaciones crónicas que se dividen en microvasculares y macrovasculares. Las primeras indican lesiones en los vasos sanguíneos menores, como son: disfunción eréctil, nefropatía diabética, neuropatía diabética y retinopatía diabética. La disfunción eréctil se presenta en el 50 a 75% de las personas que padecen diabetes y se asocia con el incremento de la edad y descontrol metabólico. La nefropatía diabética se refiere a la disfunción o insuficiencia renal, por su parte la neuropatía, indica la pérdida de sensibilidad en los dedos de los pies o en todo el pie, representando un riesgo ya que puede impedir que las lesiones se perciban, exponiendo infecciones graves y

la ulceración y amputación de las extremidades inferiores. La retinopatía diabética se caracteriza por el daño a la retina y puede conducir a la pérdida de la visión. Por su parte las complicaciones macrovasculares señalan lesiones en vasos sanguíneos mayores, de este tipo es la cardiopatía o enfermedad cardiovascular, que es una afección del corazón, puede desencadenar enfermedad cardíaca coronaria -cuyas complicaciones pueden ser mortales-, derrame cerebral o Evento Vascular Cerebral (EVC).

La Diabetes Tipo 2 es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones; además es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos (12) produciendo tantas muertes como las enfermedades del corazón y el cáncer (3,14).

Estadísticamente se proyecta que para 2030 la diabetes será la séptima causa de mortalidad (11). La implementación de hábitos saludables como una dieta balanceada, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la Diabetes de Tipo 2 o retrasar su aparición, así como retrasar las complicaciones una vez que se ha presentado (3).

2.1.6. Epidemiología

Se tienen registros de la presencia de diabetes en todo el mundo, las diversas estadísticas demuestran las consecuencias humanas, económicas y sociales que la han colocado como el centro de atención y es una de las prioridades de los organismos internacionales para el desarrollo de estrategias de salud (13).

A continuación, una revisión de la situación contemporánea a nivel mundial, nacional y local, por medio de datos duros que amplíen el panorama y permitan comprender la necesidad de generar estrategias eficaces para la atención de esta enfermedad.

2.1.6.1. Contexto internacional

Se estima que la Diabetes Tipo 2 es padecida por el 6% de la población en el mundo, con una tendencia creciente en las últimas décadas (7) y se calcula que en la región de América del Norte y el Caribe -que incluye a México-, los costos por el tratamiento y control de la diabetes resultan ser los más altos que en cualquier otra; mientras que a nivel mundial, el gasto por complicaciones de la diabetes asciende a los \$376,000 mil millones de dólares, que para 2030 ascenderá a los 490,000 mil millones de dólares (13).

En el marco internacional la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Diabetes reportó que 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014 (11). La Federación Internacional de Diabetes (IDF), por su parte, en 2015 estimó que había 382 millones de personas con Diabetes a nivel mundial en un rango de edad de 20 a 79 años; con una proyección que indica que el total de personas afectadas aumentará a 592 millones en 25 años (3).

2.1.6.2. Contexto nacional

En 2011, México ocupaba el lugar número 9 a nivel mundial de prevalencia en Diabetes (15) y se estima que para 2015 alcanzó el lugar número siete en la misma estadística(3,11). Se reporta que a partir del año 2000 esta enfermedad se convirtió en la primera causa de muerte en el país, provocando más del 10 % del total de muertes entre los adultos mexicanos (3,9).

Los costos para el tratamiento de la enfermedad son altos y se han designado a programas de salud e instituciones públicas, el costo total de la enfermedad en México para 2010 fue de \$778,427,475.00 (15). En el pronóstico del futuro inmediato para el sistema de salud mexicano, se estima que para 2017 los costos económicos ascenderán entre 78 y 101 mil millones de pesos (16). También se consideran los costos sociales y las repercusiones económicas de las personas que padecen la enfermedad y de sus familias, por la pérdida de trabajos y sueldos, así como los gastos personales que deben hacer en el proceso de adaptación y cuidados para su enfermedad (11), se reporta que de cada \$100 pesos que se gastan en

atender la diabetes en México, aproximadamente \$51 proviene de los hogares/ingresos familiares (13).

En el ámbito privado, se ha observado que aquellas personas que no cuentan con seguro de salud, tienden a un mayor nivel de glucosa en la sangre, es decir, el control de su Diabetes es menor; en un estudio realizado en varias regiones del país, mientras que quienes eran derechohabientes tuvieron un nivel promedio de hemoglobina glicosilada de 8.5% en sangre, quienes no contaban con un servicio de seguridad social tuvieron una media de 9.1% (17), lo que resulta alarmante si se estima que del total de la población adulta diagnosticada con Diabetes, el 16% no cuenta con servicios de un seguro de salud, lo que indica que su tratamiento debe ser solventado económicamente en su totalidad por ellos mismos.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 muestran una prevalencia del 9.2%, lo que suma casi 6.5 millones de personas con el padecimiento siendo tema de atención, en la prevalencia por sexo, las mujeres se situaron en un 9.7%, mientras que los hombres en un 8.6%, se observa un aumento del mismo respecto a la cifra de dos años atrás y reporta un gasto del sistema de salud de 3 430 millones de dólares en su atención y sus complicaciones (10).

La misma encuesta aplicada en 2016, adquiere un aumento en la prevalencia respecto a 2012, con un 10.3% en la población en general y una distinción por sexo en la que para hombres se reporta en 8.4%, con una disminución respecto a los resultados de 2012; en tanto que las mujeres siguen teniendo una mayor prevalencia con un 9.4%. Un punto favorable es que el 87.8% reportó recibir tratamiento médico para el control de su enfermedad, cifra que aumentó comparando con el 85% de la Encuesta de 2012. Respecto a las conductas de manejo de la enfermedad, se reporta que de las personas que la padecen, el 15.2% se había medido la hemoglobina glicosilada y el 20.9% tuvo revisión de pies; en cuanto a las complicaciones se presenta en primer lugar la visión disminuida (54.5%), seguida por el daño en retina (11.19%), pérdida de la vista (9.9%), úlceras (9.14%) y en último lugar amputaciones de algún miembro (5.5%). Se puede observar una tendencia creciente en el diagnóstico de Diabetes, a pesar de la implementación de los programas de salud de prevención y atención a la enfermedad, y se indica que de acuerdo a la normativa de control de la diabetes, los objetivos de vigilancia médica y control de complicaciones están lejos de alcanzarse (18).

En 2016, la Secretaría de Salud en conjunto con el Comité Nacional de Seguridad en Salud emitieron una declaratoria de emergencia epidemiológica para el territorio nacional ante la magnitud y trascendencia de los casos de Diabetes; en ella se plantea un necesario abordaje de la enfermedad desde diferentes niveles preventivos, proponiendo desarrollar programas apegadas al contexto sociocultural de las personas que la padecen. En la misma, el Dr. Narro Robles, Secretario de Salud en México, dio a conocer cuatro acciones necesarias para la atención del problema: darle visibilidad a la problemática de salud, mediante el convencimiento a la población de que se necesita su participación; segundo, catalogarla de alta prioridad; tercero, buscar la coordinación con todas las instancias, Gobierno Federal y todos los niveles de gobierno y, cuarto, encontrar la forma de asegurar los insumos para la detección oportuna temprana y el tratamiento de la enfermedad (19).

Pese a este esfuerzo, durante 2017 se registró un aumento de 9.7% el número de pacientes diagnosticados con Diabetes Tipo 2, de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; por su parte, el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) señaló que el 53.4 % de los enfermos no cuenta con un control de su nivel de glucosa y carecen de medicamentos y pruebas (20). Durante el mismo año, el país alcanzó un índice de prevalencia de Diabetes del 15.8 % de su población que tiene de 20 a 79 años (21).

2.1.6.3. Contexto local

Como ocurre a nivel nacional, en Hidalgo, las enfermedades crónicas establecen el principal reto en la atención a la salud, las cifras reportadas destacan la presencia de estilos de vida no saludables, la necesidad de programas de prevención efectivos y la necesidad de una respuesta focalizada para la atención a la diabetes.

De acuerdo a los datos que se tienen, en 2010 en el estado de Hidalgo la prevalencia de diabetes en adultos a partir de 20 años fue del 7.1%, siendo mayor en las mujeres con un 7.9% que en los hombres con un 5.9.% (22).

El panorama en Hidalgo según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 muestran una prevalencia del 8.2 %, aunque la cifra está por debajo de

la media nacional, en la prevalencia por sexo, las mujeres se situaron en un 9.7 %, mientras que los hombres en un 6.4 % (10).

2.1.7. Tratamiento

La diabetes requiere de un tratamiento integral, prolongado, disciplinado, pues consiste en una serie de modificaciones en la conducta para lograr un control óptimo que incluyen un plan alimenticio, monitoreo de los niveles de azúcar, actividad físicas regular, atención farmacológica y revisión médica periódica, para lograr una mejora significativa en el control metabólico, cambios a los que las personas no siempre están preparados para desempeñar y cuyo contexto familiar no suele facilitarle (8,11,23).

Los costos en la calidad de vida de pacientes con Diabetes son elevados y los montos financieros de los programas públicos de salud para controlar la diabetes dificultan asignación eficiente de recursos para enfrentar la demanda de servicios (5,22).

Los aspectos importantes a considerar en el tratamiento integral de la Diabetes Tipo 2 son: educación en diabetes, tratamiento farmacológico, tratamiento nutricional y tratamiento psicológico; a continuación, se describe en qué consisten cada uno de ellos. Debido a los objetivos de este trabajo, es necesario hacer mayor énfasis en los aspectos psicosociales del tratamiento.

2.1.7.1. Educación en diabetes

La educación en diabetes es una parte fundamental del proceso terapéutico, pues busca que el paciente y su familia reciban una adecuada orientación sobre el tratamiento, en pro de disminuir los factores de riesgo, así como fomentar el autocuidado y el control metabólico a través de prácticas, hábitos y costumbres asociadas con una alimentación equilibrada, actividad física, medicación y automonitoreo (24). Se trata de un proceso educativo que pretende incrementar los conocimientos sobre la enfermedad, el desarrollo de habilidades para emprender hábitos adecuados y personalizados; todo ello guarda relación con las creencias y capacidades de las personas, así como con los factores psicosociales, que interfieren de forma positiva o negativa en la adaptación de conductas de manejo de la enfermedad (25).

2.1.7.2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la Diabetes Tipo 2 es complejo de abordar, ya que son múltiples las circunstancias sobre las cuales se toma la decisión de utilizar uno u otro fármaco, o una combinación de ellos, todo depende de las características de la persona con respecto a la enfermedad (3). Lo ideal es el abordaje farmacoterapéutico multifactorial, de modo que los fármacos controlen la hiperglucemia sin generar hipoglucemia, ayuden a regenerar las células beta, sean seguros para la persona, y sean fácilmente administrables, que tendrán como fin último reducir la morbimortalidad asociada a la enfermedad. Los fármacos que generalmente se usan son la metformina, las glitazonas (pioglitazona, rosiglitazona), las sulfonilureas, las glinidas, los fármacos incretinmiméticos y la insulina (3,9,12).

2.1.7.3. Tratamiento nutricional

Se considera que el tratamiento nutricional es primordial para el control de la enfermedad, su objetivo es mantener las concentraciones de glucosa en la sangre en niveles normales, con un equilibrio metabólico que proporcione la energía necesaria para la actividad física, con un cálculo de gasto energético de 30 kcal/kg para una persona de peso normal, 25 kcal/kg para personas con sobrepeso y 35 kcal/kg para las de bajo peso; también se busca estabilizar el peso razonable al cuerpo de las personas (26).

Este tratamiento requiere de una serie de adaptaciones nutricionales de un plan alimenticio acorde a la enfermedad, se enfoca en elementos como el consumo de proteínas, hidratos de carbono con bajo aporte glucémico, fibra, bajo consumo de alimentos con sodio, entre otros (3,9).

Aunque existen recomendaciones generales, no existe un patrón universal de alimentación para el tratamiento de la diabetes, por lo que este aspecto debe ser atendido de manera personalizada, adecuado a las necesidades del estilo de vida de cada paciente (13).

2.1.7.4. Tratamiento psicológico

En el tratamiento de la Diabetes Tipo 2, el rubro psicológico debe considerarse complementario (27). Se conduce hacia el abordaje de aspectos conductuales relacionados con la adherencia al tratamiento y el automanejo de la enfermedad, hasta problemas relacionados con elementos emocionales, como estrés, ansiedad, depresión y trastornos de la alimentación, o tales condiciones que requieran de procesos psicoterapéuticos (16).

Involucra intervenciones en aspectos personales como creencias, actitudes, autorregulación, autoestima, autocontrol, autoeficacia, resiliencia, locus de control y habilidades de afrontamiento a los problemas, muchos de los cuales se han relacionado con la salud, algunos de ellos, como el autoestima, el locus de control, la autoeficacia y habilidades de afrontamiento se ha visto relación con una buena adherencia y adecuado control glucémico (15,28,29).

La Diabetes como enfermedad tiene un origen relacionado a los hábitos y estilos de vida de las personas y como parte del tratamiento, se requiere una modificación en los mismo y con los aspectos mencionados en los párrafos anteriores (30). Los factores psicológicos implicados en la Diabetes Tipo 2, así como los procesos psicosociales de quienes la padecen -como su contexto socioeconómico, sus relaciones familiares, de trabajo, amistad, de la comunidad-, influyen en los procesos fisiológicos y tienen un impacto en la adopción de conductas de autocuidado y adherencia terapéutica (16). Es necesario contemplar las necesidades y capacidad de las personas para sobrellevar la enfermedad e instaurar prácticas para el control de la enfermedad en su vida cotidiana, que se pueden ver atravesados por sus procesos psicológicos y sociales.

2.1.7.5. Otras medidas para el tratamiento de la diabetes

El rescate de experiencias desde la sociedad civil en cuanto al tratamiento y control de la diabetes en México, señala el incumplimiento de normativas y acuerdos internacionales en los programas que se aplican, pese a que el país tiene el mayor nivel de mortalidad por esta enfermedad del continente y una de las tasas más altas de mortalidad en el mundo (13). Esto

aunado al insuficiente apego al tratamiento por parte de las personas pacientes y a la falta de seguimiento del personal de salud, aumentan el riesgo de complicaciones a consecuencia de la diabetes.

Se requiere de acciones integrales para tener un efecto positivo en el control de la diabetes, además de la educación de la población. Algunas medidas necesarias, están enfocadas en la modificación del entorno, pues se debe recordar la importancia del contexto como parte del proceso de la salud – enfermedad.

Algunas recomendaciones buscan atender el rubro alimenticio: desincentivar el consumo de las bebidas azucaradas (jugos, refrescos, bebidas energizantes, etc.) y alimentos chatarra; reformar la legislación en cuanto al etiquetado de los productos, donde se sugiere que en la parte frontal de los productos se señale claramente el aporte nutricional de forma honesta y educativa; regular la publicidad de productos nocivos para la salud dirigidos a infancias y adolescentes y finalmente mejorar la calidad de la alimentación en los entornos escolar, laboral y comunitario (13).

Por otra parte, también se proponen medidas para el mejoramiento de contextos saludables para la población entre las que se encuentran promover espacios seguros y adecuados para práctica de actividad física, especialmente de las mujeres y los niños, así como la movilidad activa en los traslados cotidianos; asegurar la disponibilidad de agua potable, libre de azúcares, en bebederos de forma gratuita en espacios públicos, en eventos multitudinarios y en servicios de alimentos y limitar el patrocinio de eventos deportivos o científicos por productores de comida chatarra o bebidas azucaradas, trastocando un tema de congruencia con la promoción de estilos de vida saludables (13).

Todas estas medidas en su conjunto facilitarían a la población tomar mejores decisiones de salud ya que, si bien hablar de control de enfermedades como la diabetes requiere de infraestructura y un sistema de atención sanitaria óptimo, también es necesaria una perspectiva integral y estratégica del problema de parte de los principales actores políticos en la toma de decisiones que comprendan contexto mexicano y consideren las áreas de oportunidad y debilidades del mismo.

2.2. Modelo de Automanejo de la enfermedad

El tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas es un reto importante de asumir. Se considera que de la población sometida a requerimientos terapéuticos por el padecimiento de ellas, solo el 50% cumple con el mismo, la otra mitad de ese porcentaje no sigue correctamente las instrucciones de tratamiento (28).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tratado de concientizar sobre la importancia de involucrar al paciente en el manejo de su enfermedad y sensibilizar a los diferentes países para implementar medidas necesarias, además de recomendar el desarrollo de habilidades en quienes padecen enfermedades crónicas (31).

En un enfoque médico, las acciones de intervención para la prevención de las enfermedades crónicas se han dirigido a los individuos con la finalidad de modificar sus conductas de riesgo, tras el tiempo, los resultados denotan un bajo impacto de estas intervenciones, llevando a la búsqueda a un nuevo modelo de tratamiento para las mismas (32).

Uno de los aportes críticos a los modelos de atención a las enfermedades crónicas, fue incluir al paciente en un rol activo, siendo importante reconocer que la persona con el padecimiento sea quien lleve a cabo las acciones y planes de tratamiento para que éste tenga una mejor efectividad y, en consecuencia disminuir las probabilidades de generarse complicaciones; desde este punto de vista se empodera en el control de su problemática, aceptando que tiene la calidad de responsable en conjunto con el personal de atención a la salud (33).

Con el paso del tiempo se observa que el desarrollo de modelos de atención a la salud, transitó por enfoques que consideraban primero a la persona como recipiente de instrucciones médicas para llegar finalmente, a concebirle como un complejo sistema que tiene un desempeño en áreas personal, familiar, laboral, etc.; y en donde los conflictos cotidianos a los que se enfrentan las personas, definen el proceso de adaptación y mantenimiento de la salud (34), dando paso a que los modelos de atención, deben contemplar en su implementación dichos procesos.

2.2.1. Antecedentes; autocuidado y adherencia al tratamiento

Para hablar del modelo de automanejo de la enfermedad, primero es necesario reconocer modelos que han ido evolucionando acorde a las necesidades de atención a la enfermedad, estos son: Autocuidado, Adherencia al tratamiento y finalmente llegar al Automanejo.

Durante los años setenta, se desarrollaron programas de prevención de enfermedades cardiovasculares, cuya incidencia múltiple fue foco de atención, dichos programas empezaron a plantear proyectos de intervención comunitaria, que, en lugar de enfocarse exclusivamente en las personas de alto riesgo, se concentraron en la población en general. Para finales de esa década se propone el modelo de cumplimiento, en el que las conductas de las personas con alguna enfermedad debían coincidir con lo prescrito por el equipo de salud, siguiendo fielmente las indicaciones sobre medicación, régimen alimenticio, actividad física y lo que fuera necesario para el cuidado de la salud, sin observar la toma de decisiones fuera de ello (35).

Más tarde, en los años ochenta, las acciones de atención se caracterizaron por la ampliación de iniciativas de intervención de base comunitaria, que consiste en examinar las posibilidades y recursos de la comunidad, y analiza el impacto de los problemas asociados a factores sociales y económicos (32).

La adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica surge a raíz de la crítica al modelo de cumplimiento, propone generar una relación más interactiva entre el profesional de la salud y las personas que padecen una enfermedad. Se puede definir como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (26). Este enfoque considera a las y los pacientes como seres independientes, inteligentes y autónomos que desempeñan un rol activo y voluntario en la persecución de las metas asociadas a su tratamiento (36). Esta perspectiva es más amplia, puesto que tiene el acierto de incluir a pacientes en su propio tratamiento y facilitar el proceso, pero complejiza al mismo tiempo la explicación del porqué una persona no se adhiere al mismo, pues habría que considerar no sólo los requerimientos del

tratamiento, sino tanto factores sociales como personales que van más allá de las metas que el médico plantea.

Los factores que considera la adherencia terapéutica son relacionados con la interacción entre paciente y profesional de la salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales de las personas pacientes (37).

Posteriormente la Organización Mundial de la Salud recomendó, en el tenor de mejorar los resultados obtenidos del tratamiento de salud, implementar la educación para el cuidado propio con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas (11). Así el autocuidado se convirtió en una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente (38,39).

Se entiende por autocuidado al conjunto de comportamientos que una persona realiza para prevenir el desarrollo de una enfermedad, mientras que la adherencia al tratamiento se ubica como el grado en que el paciente con una enfermedad específica asume comportamientos que le ayuden a llevar a cabo las indicaciones médicas (40).

El término “automanejo” fue usado por primera vez por Thomas Creer en la década de los 70 para indicar que las personas que padecen una enfermedad crónica son participantes activas en su propio tratamiento, actualmente se acude a él para describir a los modelos integrales que buscan mejorar el proceso de adquisición de actividades que la persona emprende para vivir adecuadamente con la enfermedad crónica mediante una intervención (40,41). El concepto de automanejo, en su aplicación para la salud desde la psicología, tiene antecedentes en el modelo médico, en el que el objetivo principal era la inhibición o reducción de los síntomas enfermedades infecciosas y agudas, atendiendo los mismos desde el enfoque nosológico; la autoridad responsable del diagnóstico, tratamiento y de los resultados que el paciente presentara, era el médico y la educación que recibía el paciente por parte de éste era prescriptiva y las metas del tratamiento eran establecidas solo por el equipo de salud (42).

Este modelo comprende un elemento crucial que es la educación terapéutica al paciente, que, además de la adquisición de información y conocimientos biomédicos, busca generar destrezas para que las personas sepan cómo actuar ante las nuevas situaciones que trae consigo la enfermedad y elevar la autoeficacia (40,43); con la suma de ello, la educación terapéutica tiene como objetivos asegurar que el paciente y familia reciban una adecuada orientación y guía adecuada de su tratamiento, disminuye los factores de riesgo de la enfermedad, fomenta el cuidado específico y previene la aparición de las complicaciones crónicas al facilitar el control metabólico, favorece prácticas, hábitos y costumbres asociadas con una alimentación equilibrada, actividad física, medicación y automonitoreo; fomenta el acercamiento y comunicación entre el personal de salud, los pacientes y familiares. Se dirige a que los pacientes aprendan a elegir para sí mismos las acciones de autocuidado que requieren e influye en las creencias y capacidades de las personas, los factores psicosociales tienen un efecto importante sobre ellas, la naturaleza de dichos factores tienen mayor aplicación a estudios sociales (16).

Comprender los factores médicos, psicológicos y sociales que se asocian a la salud de las personas, es necesario para, considerar la mayor cantidad de dimensiones que predicen un adecuado automanejo, pues gracias a ello será posible que los programas de atención se adecúen a mantener un control de la enfermedad crónica, previniendo así las complicaciones asociadas a ésta.

El modelo de automanejo ha reportado resultados satisfactorios en el tratamiento de enfermedades crónicas como reumatismos, obesidad y diabetes (41).

2.2.2. Automanejo de la Diabetes Tipo 2

El tratamiento de la Diabetes Tipo 2 es complejo debido a las modificaciones que se deben realizar en los hábitos, bajo el tenor de que los adultos son más resistentes al cambio (44); el incumplimiento de éste se traduce en complicaciones médicas y psicosociales, deterioro de la calidad de vida y acrecienta la probabilidad de resistencia a los fármacos (29).

Algunos de los modelos de tratamiento de la diabetes incluyen ejes como la educación diabetológica, recomendaciones nutricionales, ejercicio y autocontrol. La educación para el automanejo de personas con Diabetes Tipo 2 debe promover el desarrollo de las habilidades para el autocuidado, a fin de concientizar sobre la enfermedad y responsabilizarlas por su salud de manera que aprendan a sobrellevar la enfermedad, modificar la conducta, desarrollar y mantener los hábitos saludables; debe lograr el aumento de conocimientos sobre la enfermedad, el desarrollo de destrezas necesarias para establecer patrones alimenticios adecuados y personalizados, práctica de ejercicio, realización de técnicas de automonitoreo de la glucosa y cuidado cotidiano de los pies (38,45).

De acuerdo a las necesidades identificadas en el tratamiento de la Diabetes, los modelos actuales de automanejo están siendo insuficientes para la disminución de complicaciones y mortandad de la enfermedad, como se revisó en el apartado de Epidemiología. Las pruebas son las estadísticas a nivel internacional, nacional y estatal en las que México es un país cuya población tiene una marcada tendencia biológica a padecer la enfermedad (10,11), además del aumento poblacional demográficamente que ha sido proyectado para las siguientes décadas (46), lo que representa un riesgo para la población mexicana, en tanto el control de la enfermedad se percibe lejos de lograrse. El gremio de profesionales de la salud debe estar preparado con modelos de atención adecuados a las necesidades de la población mexicana, que tiene características particulares que deben ser consideradas en el diseño de dichos modelos.

Las recomendaciones de estudios realizados sobre evaluación del modelo de automanejo para la atención a la Diabetes Tipo 2, son la prueba fehaciente de la necesidad de incluir un enfoque sociocultural a la atención médica, donde, variables de orden psicosociocultural han evidenciado diferencias entre los resultados de los pacientes que afectan de forma directa negativa o positiva la salud y como consecuencia, la calidad de vida. Con esto señala la importancia que tiene la sociocultura en la interpretación y la comprensión del comportamiento humano.

2.2.3. Factores culturales asociados al Automanejo de la Diabetes

Existen factores psicológicos y sociales relacionados con el automanejo de la Diabetes Tipo 2, tales como el estrés, estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva, percepción de apoyo social (23,39,41,47).

Se ha demostrado que elementos como la religiosidad son determinantes del nivel de automanejo de las personas, aquellas que muestran mayor práctica religiosa presentan un automanejo menos eficiente que las personas que no son religiosas (45). También la escolaridad es importante en tanto que a mayor escolaridad mayor grado de automanejo; en cuanto al sexo, son las mujeres quienes presentan un mejor automanejo que los hombres en América Latina (45,47).

2.3. Ansiedad

Dentro de los malestares psicológicos que se presentan en el padecimiento de las enfermedades, la ansiedad y la depresión son los más frecuentes, siendo que, en promedio, una de cada 5 personas presenta uno de estos padecimientos al menos una vez en su vida (48). En un estudio realizado con pacientes de enfermedades crónicas donde se evaluó la Ansiedad Rasgo, se encontró que el 92% de quienes participaron reportaron un grado moderado de ella (49).

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción (50). Se trata de una respuesta físico-psicológica anticipada a una amenaza futura, real o imaginaria que activa una alerta por medio de conductas de cautela o evitación, presenta sensaciones de aprehensión, miedo e incertidumbre (51,52).

Las reacciones ansiosas se refieren a las diferencias individuales, en la manera como las personas responden a situaciones como amenazantes, afecta las capacidades de enfrentarse al estrés, de aprender y de centrarse en un campo perceptivo (53)

Se le categoriza en tres niveles: leve, moderado y severo, según el aumento del grado de alerta asociado con la expectativa de una amenaza que puede ser hacia el estado de salud, la

posición socioeconómica, el desempeño del rol, el autoconcepto, los patrones de interacción o el entorno (54)

La ansiedad varía en intensidad y tiempo, por lo que se consideran dos dimensiones de la ansiedad, Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, que se describen a continuación (53):

- **Ansiedad-Estado:** Se refiere a un estado emocional transitorio, donde se presenta, tensión, aprehensión y un aumento en la actividad del sistema nerviosos autónomo.
- **Ansiedad-Rasgo:** Hace referencia a las diferencias que tienen los individuos para responder a situaciones percibidas como amenazantes, presentando elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

La ansiedad y la depresión se encuentran estrechamente relacionadas pues se asocian en comorbilidad, las personas que las presentan, se ven afectados en su capacidad para adherirse a los tratamientos, por otro lado, su distinción en la práctica clínica resulta difícil, ya que ambas presentan síntomas como con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia e irritabilidad (55)

Vista como un rasgo de la personalidad, la ansiedad se entiende la propensión ansiosa como una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (56). Las áreas más comunes que suelen desencadenarla, hacen referencia a circunstancias de la vida cotidiana, temas como la familia, los amigos, la pareja, el dinero, el trabajo, los estudios, y la salud; las preocupaciones pueden ser por cuestiones mínimas, de la relación de la persona con eventos o con otras personas, pero suelen tener más peso las situaciones de interacción social (57).

Las enfermedades crónicas originan alteraciones emocionales como miedo y ansiedad que disminuyen la calidad de vida (58).

2.3.1. Etiología

La ansiedad es una función natural, todas las personas pueden sentir un grado moderado de la misma en diversas situaciones, sin representar un riesgo o trastorno específico; compone un elemento fundamental tanto en la psicología del desarrollo como en la psicopatología (59).

Algunos profesionales en enfermedades crónicas creen que tiene un origen desconocido (53,54) pero se reconoce que sus causas puede ser diversas y multifactoriales (60).

Explicada como una vulnerabilidad biológica, se presenta cuando por causas genéticas existe hipersensibilidad neurobiológica ante el estrés, aunado a rasgos temperamentales como la introversión, la afectividad negativa y la inhibición conductual ante estímulos que se desconocen (57).

Se entiende la ansiedad como una respuesta psicobiológica básica ante un peligro presente o futuro, real o percibido de manera subjetiva; que puede convertirse en patológica considerando su intensidad, duración y frecuencia de aparición, marcadores que se presentan de forma exagerada en relación al estímulo que le dio origen o incluso en ausencia de éste, se considera por esto que se trata de una reacción inapropiada (61). Por su origen fisiológico se cree que tiene una función adaptativa para señalar una amenaza para la persona, pero su anticipación desproporcionada a peligros reales o irreales le resta utilidad y la convierte en desadaptativa, representando un riesgo restando funcionamiento psicosocial, rendimiento y capacidad de autonomía (61).

Por su parte, la psicología del desarrollo explica que los trastornos de ansiedad se relacionan con apegos inseguros en la infancia, sentimientos ambivalentes de aprecio y enfado hacia el ser más querido en la infancia, y en general problemas familiares durante la infancia (57).

Independiente de cada perspectiva que busca explicar su etiología, las manifestaciones que presenta la distinguen.

2.3.2. Signos y Síntomas

Las respuestas que genera la ansiedad implican tres componentes: cognitivo, fisiológico y conductual (61). El primero está relacionado con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y eventos y se traduce en experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, tensión, inseguridad, aprensión, pensamientos de inferioridad, sentimientos de incapacidad, sensación general de pérdida de control, entre otros. El segundo aspecto, fisiológico, se caracteriza por un

incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que se manifiesta en el organismo con cambios corporales, palpitations, agitación cardíaca, presión torácica, ahogo, sudoración, temblor. Finalmente las respuestas conductuales se observan en la función motora con paralización, hiperactividad, tartamudez, dificultad de verbalización, conductas de evitación y escape (59,61).

La ansiedad se relaciona con la baja tolerancia a la incertidumbre, propiciando y manteniendo cuatro elementos importantes: sesgo cognitivo, donde se incluyen la percepción exagerada y segada de estímulos amenazantes y la necesidad de mucha información para tomar decisiones; orientación negativa hacia los problemas, que se relaciona con la falta de control y confianza al momento de resolver un problema; creencia de que preocuparse será de utilidad; estrategias de evitación, provocando de esta manera una orientación negativa hacia los problemas (57).

Encontrarse en un estado de enfermedad, trae consigo un enfrentamiento hacia algo desconocido y negado, por lo que las personas que son diagnosticadas algún padecimiento, presentan reacciones emocionales que deben ser tratadas con igual prioridad que la enfermedad misma (48). Se considera que la ansiedad afecta de modo directo la salud de las personas, en el caso de las enfermedades crónicas en comorbilidad con la ansiedad como rasgo, es un indicador de falta de adaptación emocional (62).

2.3.3. Ansiedad y Diabetes

Algunos estudios reportan un gran porcentaje de personas con Diabetes, en 2016, Torales (63) indicó una prevalencia de ansiedad entre pacientes, donde se registró la aparición de un 14% con algún trastorno de ansiedad y 40% con síntomas ansiosos, se estima que las personas que padecen esta enfermedad crónica presentan niveles más elevados de ansiedad que el resto de la población (64,65). Mientras que otros autores reportan un porcentaje más alto de ansiedad en personas con Diabetes con un llamativo 49.57% (66), otros afirman que la mayoría de personas con Diabetes presentan signos y síntomas de ansiedad sin por ello llegar a un diagnóstico psiquiátrico (67).

En un reporte obtenido de participantes de 17 diferentes países, se encontró que el trastorno de ansiedad generalizado, agorafobia, desorden de pánico y fobia social pueden ocurrir más significativamente en personas con diabetes, aunque su asociación es débil resulta significativa para la atención de la enfermedad, pues tanto la ansiedad como sus desórdenes, tienden a ser crónicos y recurrentes (65).

Otro estudio realizado en Tabasco, donde participaron 100 personas pacientes de Diabetes Tipo 2 sin diagnóstico previo de ansiedad, reportó que el 53% de los pacientes presentó Ansiedad-Estado-Alta, los síntomas frecuentes detectados fueron: inquietud, inseguridad, angustia, cansancio, incomodidad, desconfianza, sensación de falta de reposo. En diferencias por sexo, los hombres reportaron ansiedad-estado-alta en un 54% y las mujeres en un 50%. En relación a Ansiedad- Rasgo el 51% reportó un grado alto (55).

La presencia de síntomas de ansiedad en pacientes con Diabetes Tipo 2, puede deberse a una probable ineficacia de los tratamientos no farmacológicos, también a la falta de información sobre su enfermedad por parte del personal de salud (68). Los factores psicosociales asociados con las dificultades impuestas por enfermedades crónicas, pueden ser responsables de la aparición de cuadros de depresión y ansiedad entre pacientes con Diabetes (69). Los resultados de la comorbilidad entre ansiedad y Diabetes muestran asociación con incremento de dolor, aumento de niveles de glucosa en la sangre, reducida calidad de vida, incremento de depresión, alto índice de masa corporal y gran discapacidad (65), afecta el metabolismo de los lípidos, pudiendo alterar la media renal, corazón, sistema muscular y esquelético (70).

La ansiedad se asocia con problemas emocionales, disminución de calidad de vida y de autocuidado y a un bajo control glucémico (69); lo anterior se puede asociar a los estudios que reportan que las personas con ansiedad suelen no cumplir con las recomendaciones de ejercicio y dieta, contribuyendo a una mala calidad de vida y si se considera el padecimiento, representa un factor que tiene probabilidades de afectar negativamente el tratamiento y manejo de la Diabetes (71).

Respecto al sexo y la aparición de ansiedad en personas con Diabetes, se han encontrado resultados diversos, por una parte algunos autores reportan que las mujeres presentan mayores

índices de ansiedad (69), otros afirman que los hombres mostraron mayor ansiedad que las mujeres (58).

Los factores psicosociales asociados con las dificultades impuestas por enfermedades crónicas como la Diabetes, pueden ser responsables de la aparición de la ansiedad en algunos pacientes, lo que puede obstaculizar el control glicémico ya sea por la afectación directa de las hormonas reguladoras o, indirectamente, por el deterioro de los comportamientos de autocuidado (69).

La elevada prevalencia de ansiedad, puede tener origen en la dificultad para controlar la enfermedad, y a la falta de atención de los síntomas psicológicos, que no son identificados ni tratados por el médico (68). Se ha encontrado que las personas que padecen Diabetes son dos veces más propensas a presentar ansiedad, que el resto de las personas (69).

Un adecuado manejo de la ansiedad ayuda a mantener niveles adecuados de glucosa en la sangre y mejora la auto-percepción sobre las capacidades para manejar la enfermedad (63). En conclusión los síntomas de ansiedad obstaculizan el tratamiento de la diabetes y son una de las principales limitaciones el desarrollo de un adecuado automanejo (69).

En vista de los recientes descubrimientos, se ha sugerido que las pautas para la atención médica en diabetes, incluyan la evaluación de la situación psicológica y social de las personas en la gestión de la enfermedad, además de identificar de manera rutinaria problemas psicosociales como depresión, estrés, ansiedad, trastornos de alimentación y deterioro cognitivo; el monitoreo podría incluir la evaluación de actitudes acerca de la enfermedad, expectativas de gestión médica y calidad de vida general (63). Conocer este panorama psicosocial de la persona, conlleva la responsabilidad de enfocar la práctica médica a la atención de los aspectos asociados al automanejo de la Diabetes y como consecuencia disminuir los riesgos de la enfermedad (66).

El contexto social de las personas, se conforma por los grupos en los que interactúan y que, de manera directa o indirecta, influyen en el actuar de forma individual; ya sea que se trate de grupos con poca convivencia o con mucha, se relaciona también con el aspecto psicológico. Entre esos grupos, destaca uno por su importancia tanto en lo psicológico como en lo social, y es el de la familia.

La familia es considerada como uno de los elementos más importantes en la vida de las personas y su influencia es tal que puede impactar en la salud y calidad de vida de sus miembros (72).

Parte de su importancia, es que es parte de la red de apoyo social de las personas con Diabetes, es decir, la red de personas que brindan el soporte emocional y psicológico de pacientes y que varios estudios han demostrado, es fundamental para elevar la calidad de vida y se asocia con mejor desarrollo del automanejo, pues una alta percepción del mismo fomenta una respuesta positiva al tratamiento (29).

Existe una relación entre la familia y la ansiedad, pues algunos factores de la dinámica podrían ser causantes de la aparición de síntomas reactivos, incluso podrían desencadenantes y mantener trastornos ansiosos, sobre todo cuando existe predisposición genética (60,73).

Se ha encontrado que las mujeres presentan niveles más altos de ansiedad en familias que presentan disfuncionalidad, así como un mayor grado de la misma en familias que tienen a partir de cinco miembros, convirtiéndose en un factor de riesgo; otro factor que indica mayor propensión a la presencia de ansiedad en la familia, es que algún miembro de ella no cuente con trabajo fijo y estable (64,73). Las mujeres también realizan menos conductas de cuidado, por lo que su salud es peor que la de los hombres, este dato de coteja con que en ellas hay mayor aparición de ansiedad y menor salud física percibida, sobre todo aquellas que son amas de casa (62).

Lo anterior nos remite a identificar que el cumplimiento de roles familiares se asocia con la presencia de ansiedad y a su vez, con las conductas que se realizan para el cuidado de la salud; es importante conocer el funcionamiento de dichos roles por medio de la normatividad y creencias socioculturales que los establecen.

2.4. Sociocultura y creencias

La cultura es representada por lo tradicional, y la forma en cómo debe comportarse una persona en sociedad viene regulada por la cultura, es decir, está regida por normas, pensamientos y creencias, que se han establecido en la colectividad, mantenido a través del

tiempo y que son aceptadas por la mayoría de las personas en el mismo contexto espacio-temporal, a este conjunto de elementos, se les dio el nombre de Premisas Socioculturales (PSCs) (74).

La sociocultura es entonces el sistema de Premisas Socioculturales que regulan la comunicación y la interacción humana en una estructura rígida de roles y jerarquías de las relaciones interpersonales que dotan de sentido la actividad humana. Esta teoría, se crea un modelo de la persona en acción atendiendo mandatos de la cultura en el comportamiento individual (75–77).

Las PSCs se pueden entender en dos tipos: las referidas a un carácter normativo (el deber ser) y las que reflejan creencias y opiniones (el querer ser). A lo largo del tiempo y los estudios realizados de la sociocultura, se observa un mantenimiento de las premisas que denotan obediencia, deshonor en la familia y virginidad; también indican culturalmente crecimiento de otros aspectos como empoderamiento y autoafirmación. En cuanto a las creencias, permanecen vigentes las dimensiones de: machismo, temor a los padres y el respeto (77).

2.4.1. Teoría psicosociocultural aplicada a la salud

La sociocultura resulta relevante para el estudio de la salud, pues se considera que las creencias que existen alrededor de algo pueden normar la conducta, que a su vez se relaciona con el proceso de salud-enfermedad de las personas. Betancourt asegura, que agregar elementos culturales en las investigaciones es parte de la responsabilidad social de la profesión psicológica, además de ser necesaria para mejorar el estatus de la disciplina científica (78). Si el comportamiento humano es aprendido mediante un proceso de socialización, se debe entender que entonces los procesos de salud-enfermedad son procesos aprendidos (79).

Las relaciones interpersonales son parte del tema de estudio, específicamente, la familia y pareja de las personas con Diabetes son el foco de atención sobre el manejo de la enfermedad.

El actuar de la familia mexicana depende de proposiciones socioculturales estipuladas, que normalizan la conducta (75,76,80). Las dos proposiciones básicas dentro de la familia

mexicana son: a) el poder y la supremacía total del padre y b) el amor y el necesario sacrificio de la madre (77).

Éstas premisas han sido unidades de diversos estudios, ya que se consideran esenciales para la construcción de realidad interpersonal, comprensibles integralmente para el grupo determinado(75,76,81). Si bien, Díaz Guerrero realizó la mayoría de sus estudios en su país de origen, México, también sugirió la aplicación de su teoría para alcanzar un establecimiento de PSCs universales (82).

En su programa Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles (CARMEN), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere que si se adopta un enfoque que comprenda la salud pública como un proceso, que considere las necesidades de los diversos grupos y, se realicen acciones efectivas en los ámbitos de desarrollo de políticas públicas, actividades comunitarias, y servicios de atención de salud, se puede generar un contexto para mantener poblaciones sanas, por medio de prevenir y controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (CNT) (32).

En este mismo documento, se señalan una serie de factores de riesgo relacionados con la etiología de las ENT, entre los que enlistan figura la composición familiar, así como las prácticas, normas y valores culturales como parte de los factores contextuales o comunitarios (32). Se menciona también que la cultura puede influenciar la percepción del riesgo para el cuidado de la salud por parte de la población, por lo que dichas prácticas y normas que influyen de forma directa o indirecta, pueden ser no tomadas en cuenta en las acciones que se realizan para la atención de la salud, tanto por el sistema de salud como por la población afectada.

Estudios han reportado que los problemas psicológicos y sociales pueden perturbar al paciente y a su familia y afectar en el cumplimiento del tratamiento (29) y es valioso el llamado que se hace al reconocimiento de las necesidades de los grupos y el contexto de las personas que padecen enfermedades, pues se ha observado que la Diabetes, afecta directamente las formas de convivencia de las personas que la tienen (58).

Factores como el apoyo social se encuentran relacionados con el automanejo, pues se ha observado a que a mayor apoyo social, mejor automanejo de la diabetes (24). Las personas

consideran que quien les proveen de dicho apoyo es, primeramente la familia, la pareja, los pares (amistades y compañeros de trabajo) y finalmente otras personas significativas (acompañantes religiosos, pacientes con experiencia previa o el personal de salud) (7). De acuerdo a lo anterior y a un estudio realizado con 300 pacientes donde se evaluó la funcionalidad familiar, así como el grado de conocimientos sobre la enfermedad, se consideraron también dos niveles del grado de control: un indicador compuesto por las cifras de glucemia en ayunas, colesterol total, triglicéridos y otro por la tensión arterial en una sola variable compleja; el 36% de la muestra que presentó alta funcionalidad familiar, también reportó niveles de control de la enfermedad. Se identificó que quienes padecen Diabetes optan por el soporte recibido por el núcleo familiar, más que cualquier otro tipo de apoyo (83).

2.4.2. Creencias del Mexicano

Las creencias son pensamientos construidos referentes a las características de la realidad que rodea a cada persona, funcionan como la relación subjetiva entre el objeto de creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo (87). Las creencias son producto de la cultura, refleja su propia naturaleza ideológica, lo que la gente cree, depende de los valores y de la subjetividad del grupo social al que se pertenece (88). Por ello, las creencias son significativas para todo un grupo social, a partir del cual, se normativizan y se toman como referentes para llevar comportamientos acordes al contexto sociocultural.

La interacción de las personas con otras personas, es resultado de sus creencias, adoptadas a su vez del entorno social y que son tangibles en formas de comportarse ante cada situación y lugar de su cotidianidad (76).

La forma de comprender y dar significado al comportamiento humano es a través de la cultura en la que se está inmerso, más que el individuo mismo (75,76). La socialización de las personas ocurre básicamente en el seno de las familias, moldea el carácter de los individuos, inculca los adecuados modos de comportamiento y pensamiento que se convierten en hábitos, y opera como el instrumento reproductor de patrones y prácticas culturales (75,84,85).

La familia es el centro de todo comportamiento social, funge como la principal trasmisora de cultura, enseña a hombres y a mujeres a construir relaciones entre sí y para su desempeño en

la sociedad (75,85). Las creencias, pautas conductuales y papeles específicos de la interacción humana, aprendidos en el núcleo familiar, son también característicos de cada grupo cultural y regulan la forma en que se desarrollan las interacciones íntimas (75).

La aparición de una enfermedad crónica puede representar para la familia un problema para su funcionalidad, pues debe adaptarse a mecanismos de autorregulación y genera desajustes en la convivencia. Se debe considerar la influencia de la familia en la aparición y evolución de la enfermedad de una persona que enferma (86).

2.4.2.1. Creencias del Mexicano asociadas al Automanejo de la Diabetes Tipo 2

La familia, al ser parte de la dinámica de relaciones sociales de las personas, puede influir en el proceso de adherencia terapéutica (86). Las personas que padecen enfermedades crónicas sobrellevan mejor su condición cuando poseen una pareja, pues se identifica como un factor protector (29).

Se sabe que cuando existen un cambios emergentes, como el diagnóstico de alguna enfermedad crónica a alguno de los miembros, la situación emergente afecta la estructura y el funcionamiento familiar y se relaciona con la presencia de ansiedad en la familia; en estos casos se sugiere que el sistema familiar reciba la atención necesaria para afrontar el evento de forma individual, grupal y social, en relación con su entorno (72).

El ambiente familiar por su parte, influye en el manejo de enfermedades crónicas, puesto que las emociones afectan los sistemas fisiológicos de los pacientes (86). Se ha encontrado una relación entre los factores que propician la diabetes y la dinámica familiar, cuando la relación es deficiente, el control de la Diabetes tiende a ser deficiente, en cambio, cuando se desarrollan de forma óptima elementos como la comunicación, el afecto, la adaptabilidad, la información y el apoyo emocional y económico que brinda la familia, favorece a la recuperación de la salud (89).

La interacción familia-persona tiene una evidente influencia en el tratamiento y en el manejo de enfermedades crónicas como es la Diabetes Tipo 2 (4). Al padecer una ENT, las personas

adultas tienden a presentar también comorbilidades y complicaciones propias del padecimiento en cuestión, lo que como consecuencia le haría dependiente de su familia y la dinámica de ésta giraría en torno a la situación de la enfermedad (49).

Una persona con diabetes puede mostrar falta de comunicación con su pareja, tener cambios físicos, emocionales y sexuales, lo que provoca un impacto emotivo en el funcionamiento de su relación, por ejemplo, las mujeres perciben que la enfermedad controla sus vidas y que no pueden cuidarse como otras personas lo hacen, se sienten insatisfechas con sus relaciones y no participan en actividades comunitarias ni se ocupan de su desarrollo personal (90,91). En cuanto al cuidado de la salud, para los hombres la convivencia en pareja es un factor protector, mientras para la mujer significa un aumento en la carga de trabajo y esto puede contribuir al deterioro de su salud (90).

La familia mexicana establece su base en dos proposiciones que regulan su dinámica y la de las relaciones dentro de ella, éstas son; 1) el poder y supremacía del padre, y 2) el sacrificio total y necesario de la madre (92).

2.5. Género

Las bases sociales de la sexualidad se han asentado en la cultura occidental basándose en el sustrato biológico de los sexos (93). Vista desde una perspectiva integral, la sexualidad humana es resultado de la integración de múltiples componentes que se manifiestan en todos los niveles de estudio del ser humano, por lo que no se conceptúan desde una sola mirada psicológica, biológica o social (94).

Se hace una integración de los sistemas presentes gracias a los significados de las experiencias, es decir, la sexualidad es producto de lo que la persona vive de forma particular, a partir de su naturaleza biológica, su interacción con lo social y es construida de forma completamente subjetiva e íntima. La complejidad de este sistema radica en la recuperación de las vivencias que dan significado a la sexualidad particular y que se desarrolla en un proceso paralelo de socialización, el contexto y la cultura cobran un fuerte componente y es

además, el espacio de manifestación social; los grupos humanos construyen ideas colectivas de su sexualidad (94).

El género, hace referencia a la serie de construcciones de orden sociocultural, que se hacen en torno a la condición biológica dimórfica de hombre y mujer; tiene manifestaciones en casi toda los niveles de estudio de las personas pues pasa a formar parte de la identidad y es incluso, elemento importante para la formación de la personalidad y determinante en las formas de interacción humana (94,95).

Por género debemos entender el sistema de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que hacen diferencia a mujeres y hombres; todo ello se aprende desde el nacimiento, a través de la familia y la sociedad. Se trata de una construcción histórico social y no sólo establece derechos y obligaciones sino también jerarquías y desigualdades (95–97). Su expresión, la identidad de género o roles de género, se traduce en masculino, lo referente a hombres y femenino, lo que refiere a las mujeres; y así a cada cual corresponden estereotipos que se manifiestan en los roles que se desempeñan en la familia y la sociedad.

El padre es el prototipo del rol instrumental y masculino, quien toma las decisiones de la familia, controla la actividad de los demás miembros, establece las reglas, provee económicamente; adquieren los roles sociales, extrafamiliares, aun siendo padres-esposos, sus tareas son laborales, de organización y producción. La madre ejerce un rol expresivo femenino, es la encargada de atender y satisfacer las necesidades físicas (alimentar, vestir, asear) y emocionales de los demás miembros; aprenden los roles familiares pertinentes a lazos personales y afectivos (96). Mantener estas distinciones tradicionales, asumir el rol dictado correspondiente y su ejecución, son motivados por la interacción con los demás, la inmersión en la cultura y las condiciones contextuales.

Se comprenden entonces cuatro componentes del género: la identidad, los estereotipos, los roles y los rasgos (93). Éstos últimos, se acoplan en la personalidad y al ser parte de la misma, se manifiestan de forma transversal en el ejercicio de la conducta cotidiana de cada persona diferenciando lo deseable para los hombres de lo deseable para las mujeres, identificando lo masculino en una tendencia instrumental y para las mujeres una tendencia expresiva (96,98).

Algunos fenómenos de la salud-enfermedad se pueden explicar en un marco integral más allá de los aspectos médico-biológicos; las diferencias entre varones y mujeres en cuanto a mortalidad no se han podido explicar por las diferencias fisiológicas, sino que se atribuyen a comportamientos seguidos en función de sus aprendizajes de género. Si los accidentes, homicidios, cirrosis hepática y otras causas de muerte presentes en los hombres entre los 15 y 50 años se analizan en relación al consumo de alcohol resulta que éste podría dar cuenta de las principales causas de muerte en esta población. Esto, por ejemplo, no podría explicarse por cuestiones fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, sino que se relaciona con las exigencias sociales del “ser hombre”, donde el alto consumo de alcohol es aceptado (79).

Una de las características del género es que involucra también las relaciones entre masculino y femenino, ya que no aparece de forma aislada, involucrando lo afectivo del género femenino y lo racional y poder económico del género masculino (96). El género influye en todos los ámbitos de la existencia humana, moldea pensamientos, actitudes y comportamientos diferentes en hombres y en mujeres y condiciona el desarrollo de la personalidad cada cual a la manera que le corresponde (97).

2.5.1. Género y rasgos de personalidad

Las interacción en sociedad exige siempre que los hombres y las mujeres exterioricen conductas y actitudes diferenciadas de acuerdo a sus roles y estereotipos, por ejemplo, poseer características femeninas negativas resulta ser más desfavorable mientras que poseer características femeninas positivas es lo más favorable cuando se trata de relaciones de pareja (99). Así los roles ejercidos conllevan una carga importante en la vida práctica de las personas y, por tanto, afectan de manera indirecta aspectos como la salud.

En el ámbito de la salud, se reportan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a mortalidad y riesgos en la salud que no se explican desde las diferencias fisiológicas, sino que se atribuyen a conductas que se desarrollan en función de sus aprendizajes de género (79).

Si los accidentes, homicidios, cirrosis hepática y otras causas de muerte presentes en los hombres entre los 15 y 50 años se analizan en relación al consumo de alcohol resulta que éste podría dar cuenta de las principales causas de muerte en esta población (79). Esto, por ejemplo, no podría explicarse por cuestiones fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, sino que se relaciona con las exigencias sociales del “ser hombre”, donde el alto consumo de alcohol es aceptado.

Para las mujeres, la mortandad materna es uno de las principales causas de muerte fuertemente asociada al género, aunque tiene una explicación fisiológica, no es así cuando se analiza con la existencia del embarazo adolescente donde existe una fuerte carga de la estructura social.

2.5.2. Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad

Las diferencias entre hombres y mujeres deben considerar a la biología, los papeles sociales, y a los rasgos de personalidad como predictores importantes del comportamiento e interacción (75,85,100).

A partir de la psicología y el estudio de la cultura, se evidencia una preferencia en los hombres de características instrumentales y en las mujeres características expresivas, es decir, en los hombres hay una marcada deseabilidad social por rasgos que demuestren protección, fortaleza, provisión de necesidades básicas y superioridad en los esquemas sociales; en cambio, en las mujeres, las características deseadas deben denotar sumisión, sensibilidad y necesidad de protección (75,98,100).

Las características normativas para la mujer, concuerdan con una perspectiva comunal femenina, en la cual el bienestar del grupo sigue dependiendo de la mujer, sólo que ahora recae en su capacidad de producir y conducir las necesidades del bien común. Los hombres demuestran características instrumentales de tipo individualista, las que les permiten lograr bienes y beneficios para sí mismos (75,85).

Estos rasgos y características se manifiestan en toda interacción de las personas, tanto con otras personas como con eventos de la vida diaria, en su forma de comportarse. Lo mismo pasa con las situaciones propias, como lo es padecer alguna enfermedad.

2.5.3. Rasgos de Instrumentalidad-Expresividad y Automanejo de la Diabetes Tipo 2

En tanto la familia es la vía de normalización de la conducta, es también la reproductora principal de los roles de género vivenciados por los mexicanos. Dichos roles indican también rasgos de la personalidad claramente diferenciados en cuanto a sexo, tal como lo indican las normas y creencias socioculturales.

Estudios realizados concluyen que las desigualdades del género ponen en desventaja a las mujeres que padecen DT2 para acceder a servicios de salud pública, pero también tienen la ventaja al ejercer papel de cuidadoras, pues esto les permite tener mayores conocimientos de la enfermedad y usarlos en su propio cuidado (90,101).

Si las afirmaciones de la PSCs señalan la deseabilidad de comportamiento de las personas, es importante considerarlas en el diseño de un modelo para el automanejo de la Diabetes Tipo 2, pues el tratamiento de la enfermedad requiere cambios de hábitos y de conductas, que al ser parte de los procesos se verán también normalizados por la influencia sociocultural.

El rol de la mujer en las PSCs ha sido, en su tradicionalismo, de una alta exigencia de su feminidad a través de la sumisión a la familia, al hombre como su padre y después como su esposo, además de reducidas oportunidades para su desarrollo personal, intelectual y profesional y con la obligación de hacerse responsable de satisfacer las necesidades de quienes le rodean en el ámbito familiar, se le asocia con la expresión emocional, pues el estereotipo de la mujer-madre abnegada está profundamente arraigado en la cultura (102).

El hombre por su parte, asume una posición dominante frente a la mujer, alejado de las labores domésticas y de involucrarse en la crianza de los hijos, sus funciones son las de exigencia tradicional, proteger y proveer a la familia, es decir, se asocia a la instrumentalidad (85).

El hecho de ser mujer, obligará a la paciente a cotejar su rol social con las exigencias médicas, anteponiendo sus rasgos de expresividad. En dicho caso, la familia debe ser prioridad en atención, así la mujer situará en primer orden la alimentación de sus hijos y/o pareja a la suya, con las particularidades de su tratamiento, si esto ocurre con regularidad en su vida cotidiana, su automanejo de la Diabetes se verá mermado y la enfermedad disminuirá las probabilidades de estar controlada.

En el caso del hombre, cuya correspondencia de roles concuerda con rasgos de instrumentalidad, se verá impedido de manifestar sus molestias e inquietudes, por lo que el diagnóstico de Diabetes puede no ser dado a tiempo prudente para su atención; también podría no dar a conocer toda su sintomatología y malestar, al limitar su expresividad, lo que pone en riesgo su salud al no detectar a tiempo probables complicaciones.

Destaca también que éstas situaciones familiares y de socialización generan ansiedad en las personas con Diabetes Tipo 2, este aumento afecta psicológicamente y se convierte en un factor de riesgo para el control de la enfermedad ya que aumenta los niveles de glucosa cuando se carece de habilidades de autorregulación emocional (64).

Se ha observado en la práctica que los hombres perciben tener Diabetes Tipo 2 como un fracaso en sus vidas, pues socialmente su rol es de proveer y se ven sometidos a cuidados femeninos; esa frustración se compensa si pueden hacer de protectores. Las mujeres que padecen dm2 tienen mayor dificultad para salir de su frustración y dependencia para subsistir en su vida cotidiana, ya que ellas carecen de esa protección masculina; de hecho, los hombres tienden a abandonarlas cuando caen en esos estados de enfermedad-depresión y dependencia (90,103).

En cuanto al tratamiento se ha encontrado que las mujeres que padecen Diabetes presentan mayor tendencia a cumplir con la dieta requerida, reciben mayor apoyo económico para su tratamiento, acompañado de cuidados y expresiones afectivas, esto es atribuido a los roles de género; por su parte los hombres sólo reciben cuidados y expresiones de afecto y buscan mayor autonomía e independencia en su comunión con la enfermedad (29).

“La perspectiva de género para estudiar los factores de riesgo para contraer dm2, favorece a diferenciar las características personales (femenino o masculino) para insistir en aspectos educativos de autocuidado sobre su enfermedad” (64:122).

Se sabe que las mujeres perciben un mayor apoyo social (29) que podría estar relacionado con su rol de cuidadora y sus capacidades de expresión emocional, éstas últimas pueden ser retribuidas de su red de apoyo.

Bajo estos elementos se plantea la pregunta ¿existe relación entre las variables de género, creencias sobre familia y pareja y ansiedad con respecto al automanejo de la Diabetes Tipo 2 en personas con la enfermedad?

3. Justificación

El presente estudio se justifica en los altos índices de incidencia de la Diabetes Tipo 2 que se mantienen e incluso aumentan con el paso de los años, a pesar de los esfuerzos de los programas de atención, de los servicios y del personal de salud. Los modelos médicos de salud tienden a centrarse en el aspecto biológico, visión insuficiente para comprender el impacto de la enfermedad en la vida del paciente y desarrollar estrategias integrales para su automanejo.

Se considera la alerta epidemiológica de 2016 de la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Seguridad en Salud, que plantea un abordaje de diferentes niveles preventivos, proponiendo el contexto sociocultural de las personas (19).

El cambio de hábitos requerido por el tratamiento de la Diabetes Tipo 2, no ha resultado eficaz en las personas que padecen la enfermedad, esto podría explicarse debido a que, en el automanejo, la familia, cultura y sociedad cobren gran importancia. Necesidades básicas que son socializadas, tales como la alimentación y la actividad física, son puestas a prueba en dichos grupos; cuando los hábitos en torno a estas necesidades no son compartidos, pueden generar conflictos a nivel personal.

Analizar el peso de la sociocultura en la enfermedad, permite incluir factores de ella asociados a los modelos de tratamiento y aumentar la eficacia del automanejo, reduciendo el impacto de la misma y sus posibles consecuencias.

Anteriores estudios han señalado la importancia de componentes culturales en los modelos de atención a la salud, sin embargo ningún modelo de intervención ha tomado en cuenta las variables sugeridas en el modelo propuesto en este estudio. La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, se ha caracteriza por ser pionera en la exploración de variables en el estudio de la Diabetes Tipo 2 y su tratamiento; con la presente investigación, ésta línea de investigación trasciende retomando y proponiendo la inclusión de factores que permitan un enfoque eficiente en la ciencia aplicada.

Los roles de género en México siguen sometidos fuertemente al tradicionalismo y el machismo, manifestándose en la sumisión de la mujer y la supremacía del hombre. En el tratamiento de esta enfermedad, los factores que componen el automanejo se subyugan a dichos roles. Conocer las barreras de cargas psico-socio-culturales sobre lo que implica lo masculino y lo femenino, permitirá que situaciones como el cuidado de la familia o la ejecución de roles sociales no sean óbice para el cuidado de la salud. Incluir una mirada desde la psicología social a las ciencias biomédicas, abrirá modelos interdisciplinarios en la investigación, así como en las formas de operar los conocimientos entre la población, que podrían ser retomados por los profesionales y sistemas de atención a la salud; será un enfoque metodológico efectivo en el diseño de programas de intervención para elevar el automanejo de personas con Diabetes Tipo 2.

Debido a que la diabetes es una enfermedad con índices de aparición en todo el país, un enfoque bio-psico-socio-cultural para el automanejo, puede ser parteaguas para futuras intervenciones e investigaciones en el estado de Hidalgo y consecuentemente, en el resto de la República Mexicana.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Identificar si las Creencias del mexicano, los Rasgos de Instrumentalidad-Expresividad y la Ansiedad son variables asociadas con el Automanejo de la Diabetes Tipo 2, en Pacientes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

4.2. Objetivos específicos

- Verificar la consistencia interna de las escalas empleadas.
- Medir los rasgos de Instrumentalidad-Expresividad en personas con y sin Diabetes por medio del Cuestionario de Atributos de la Personalidad (EPAQ).
- Medir las Creencias del mexicano en personas con y sin Diabetes por medio de la Escala de Normas y Creencias del mexicano.
- Medir los niveles de Ansiedad en personas con y sin Diabetes por medio del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- Medir el Automanejo en personas con Diabetes por medio del Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA).
- Medir los niveles de Glucosa Capilar y Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Tipo 2.
- Identificar diferencias por sexo en Instrumentalidad-Expresividad.
- Identificar diferencias por sexo en Creencias del mexicano.
- Identificar diferencias por sexo en y Ansiedad.
- Identificar diferencias por sexo en Automanejo en personas con Diabetes Tipo 2.
- Identificar diferencias en Instrumentalidad-Expresividad en personas con Diabetes Tipo 2 y sin Diabetes.

- Identificar diferencias en Creencias del Mexicano en personas con Diabetes Tipo 2 y sin Diabetes.
- Identificar diferencias en Ansiedad en personas con Diabetes Tipo 2 y sin Diabetes.
- Realizar un análisis de correlación entre Ansiedad y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.
- Realizar un análisis de correlación entre Rasgos de Instrumentalidad-Expresividad y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.
- Realizar un análisis de correlación entre Creencias del mexicano y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.
- Realizar un análisis de correlación entre Automanejo de la Diabetes Tipo 2, Glucosa Capilar y Hemoglobina Glicosilada.

5. Hipótesis

H0 = Las creencias del mexicano, los rasgos de instrumentalidad-expresividad y la ansiedad no son variables asociadas con el automanejo de la Diabetes Tipo 2.

H1 = Las creencias del mexicano, los rasgos de instrumentalidad-expresividad y la ansiedad son variables asociadas con el automanejo de la Diabetes Tipo 2.

5.1. Hipótesis correspondientes a la fase comparativa:

H0₁ = No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad.

H1₁ = Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad.

H0₂ = No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre Creencias del mexicano.

H1₂ = Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre Creencias del mexicano.

H0₃ = No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre niveles de Ansiedad.

H1₃ = Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre niveles de Ansiedad.

H0₄ = No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre niveles de Automanejo.

H14 = Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres sobre niveles de Automanejo.

H05 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con Diabetes Tipo 2 y personas sin dicha enfermedad sobre Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad.

H15 = Existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con Diabetes Tipo 2 y personas sin dicha enfermedad sobre Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad.

H06 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con Diabetes Tipo 2 y personas sin dicha enfermedad sobre Creencias del mexicano.

H16 = Existe relación estadísticamente significativa entre personas con Diabetes Tipo 2 y personas sin dicha enfermedad sobre Creencias del mexicano.

H07 = No existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con Diabetes Tipo 2 y personas sin dicha enfermedad sobre los niveles de Ansiedad.

H17 = Existe relación estadísticamente significativa entre personas con Diabetes Tipo 2 y personas sin dicha enfermedad sobre los niveles de Ansiedad.

5.2. Hipótesis correspondientes a la fase correlacional:

H08 = No existe relación estadísticamente significativa entre Ansiedad y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.

H18 = Existe relación estadísticamente significativa entre Ansiedad y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.

$H0_9$ = No existe relación estadísticamente significativa entre Rasgos de Instrumentalidad-Expresividad y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.

$H1_9$ = Existe relación estadísticamente significativa entre Rasgos de Instrumentalidad-Expresividad y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.

$H0_{10}$ = No existe relación estadísticamente significativa entre Creencias del mexicano y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.

$H1_{10}$ = Existe relación estadísticamente significativa entre Creencias del mexicano y Automanejo de la Diabetes en personas con Diabetes Tipo 2.

6. Materiales y Métodos

6.1. Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio correlacional de corte transversal con diseño no experimental.

6.2. Definición de las variables

La definición de Variables se describe en la Tabla 1 que aparece a continuación:

Tabla 1 Definición de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Automanejo	Variable dependiente	“El automanejo se relaciona con las tareas que un individuo debe emprender para vivir adecuadamente con una o más cronicidades. Estas tareas incluyen ganar confianza para lidiar con el manejo médico, el manejo de funciones y el manejo emocional.” (40)	Se evaluó por medio del Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA).
Ansiedad Rasgo	Variable Independiente	La tendencia de las personas a percibir las situaciones cotidianas como amenazantes con una propensión ansiosa y	El nivel de ansiedad se obtuvo del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

		consecuentemente, eleva su ansiedad estado (50)	
Instrumentalidad - Expresividad	Variable Independiente	“las características masculinas y femeninas se derivan del entrenamiento que reciben hombres y mujeres en conductas instrumentales y expresivas.” (100)	Obtenidas a partir del Cuestionario de Atributos de la Personalidad (EPQ).
Creencias del mexicano	Variable Independiente	Son una serie de ideas que dictan la forma en cómo debe comportarse un individuo en torno a sus relaciones interpersonales dependiendo de cada rol. (81)	Para la evaluación de ambas se utilizó la Escala de Normas y Creencias del Mexicano, de la que se retoma sólo la escala de Creencias.
Control metabólico	Variable Independiente	Conocer los niveles de glucemia la medición de la concentración de glucosa en la sangre. (13)	Este se conoce a partir de los niveles de glucosa capilar y hemoglobina glicosilada.
Sexo	Variable de Clasificación	Condición orgánica, hombre o mujer, de las personas. (93)	Se reporta desde la ficha sociodemográfica de la batería aplicada a las personas participantes.

6.3. Población y muestra

6.3.1. Tamaño de la Muestra

Se trabajó con dos muestras independientes, conformadas por 100 personas cada cual, la primera con personas con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 y la segunda con personas sin diagnóstico de Diabetes tipo 2, ambas de la ciudad de Pachuca.

6.3.2. Muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico, intencional, por cuota, usuarios del Centro de salud Norponiente con quien se realizará la gestión para la obtención de la misma.

6.3.3. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Los criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación para ambas muestras se muestran a continuación en la Tabla 2:

Tabla 2 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Personas con diabetes tipo 2	Personas sin diabetes
<i>Criterios de inclusión:</i>	
<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2 de por lo menos seis meses de evolución.- Sin complicaciones médicas mayores, excepto hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, obesidad o síndrome metabólico	<ul style="list-style-type: none">- Personas sanas o con algún problema médico distinto al de diabetes siempre y cuando no tengan complicaciones médicas mayores, excepto hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, obesidad o síndrome metabólico

Criterios de exclusión:

- Pacientes que estén recibiendo actualmente tratamiento psicológico.
- Diagnóstico confirmado de insuficiencia renal crónica, retinopatía, neuropatía, amputación de un miembro, complicaciones cardíacas.
- Pacientes con trastorno mental grave (psicosis, retraso mental, depresión y trastornos de ansiedad).
- Pacientes que estén recibiendo actualmente tratamiento psicológico.
- Diagnóstico confirmado de insuficiencia renal crónica, retinopatía, neuropatía, amputación de un miembro, complicaciones cardíacas.
- Pacientes con trastorno mental grave (psicosis, retraso mental, depresión y trastornos de ansiedad).

Criterios de eliminación:

-
- Personas que no contesten adecuada y completamente los instrumentos.
 - Personas que no contesten adecuada y completamente los instrumentos.
-

6.4. Descripción de la Muestra

- **Muestra de personas con Diabetes Tipo 2:**

La muestra se encuentra constituida por 100 personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2, de la que 32 son hombres y 68 mujeres, en un rango de edad de 32 a 64 años (M= 49.76, DE= 7.05). El tiempo de evolución de la enfermedad varía en un rango de 1 a 17 años (M= 4.25, DE= 3.60).

Respecto a escolaridad, se encontró que 27.7 % (29) de las personas estudiaron la Primaria, el 47.9 % (45) estudiaron la Secundaria, el 17 % (16) hicieron Bachillerato, Preparatoria o Carrera técnica como equivalentes, el 5.3 % (5) llegó a estudiar Licenciatura y finalmente sólo el 2.1 % (2) estudió Posgrado.

- **Muestra de personas con medición de Glucosa Capilar:**

Este grupo se compone de 32 personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2, donde 8 son hombres y 24 son mujeres, en un rango de edad de 35 a 61 años, con una media de 50.06 y una desviación estándar igual a 1.76. El tiempo de evolución de la enfermedad comprende un rango de 1 a 17 años con una media de 5.31 y una desviación estándar de 4.51.

La escolaridad del grupo se reporta con 21.9 % (7) de las personas estudiaron la Primaria, el 46.9 % (15) estudiaron la Secundaria, el 17 % (16) hicieron Bachillerato, Preparatoria o Carrera técnica como equivalentes y el 18.8 % (6) llegó a Licenciatura.

- **Muestra de personas con evaluaciones de Hemoglobina glicosilada:**

La muestra se encuentra constituida por 40 personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2, 11 de ellas son hombres y 29 mujeres, en un rango de edad de 35 a 64 años, con una media de 51.58 y una desviación estándar de 7.16. El tiempo de evolución de la enfermedad varía en un rango de 1 a 17 años con una media de 4.65 y una desviación estándar de 4.22.

Respecto a escolaridad, se encontró que 22.5 % (9) de las personas estudiaron la Primaria, el 45 % (18) estudiaron la Secundaria, el 22.5 % (9) hicieron Bachillerato, Preparatoria o Carrera técnica como equivalentes, el 2.5 % (1) llegó a estudió Licenciatura.

- **Muestra de personas sin Diabetes Tipo 2:**

Esta muestra se constituye de 100 personas sin diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2, de ese total, 33 son hombres y 67 mujeres, en un rango de edad de 30 a 60 años (M= 44.33, DE= 8.68).

Respecto a escolaridad, se reporta que 26 % (26) de las personas estudiaron la Primaria, el 51 % (51) estudiaron la Secundaria, el 15 % (15) hicieron Bachillerato, Preparatoria o Carrera técnica como equivalentes, el 5 % (5) llegó a estudiar Licenciatura y finalmente sólo el 3% (3) estudió un Posgrado.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del grupo de personas sin Diabetes Tipo 2.

- **Muestra de personas con Diabetes Tipo 2 para la comparación entre hombres y mujeres:**

Para las comparaciones entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2 se procedió de la siguiente manera.

Se tomó el grupo de hombres con un total de 32 personas, para el grupo de mujeres, se realizó un muestreo aleatorio de las 68 participantes de las que se seleccionaron 32 para equiparar en número. La muestra final quedó constituida por 64 personas de las que el 50% son hombres (32) y el otro 50% son mujeres (32).

El grupo de hombres se encuentra en un rango de edad de 34 a 64 años ($M= 49.78$, $DE= 7.57$). El tiempo de evolución de la enfermedad varía en un rango de 0 a 17 años con una media de 4.37 y una desviación estándar de 3.9. Respecto a escolaridad, se encontró que 21.9 % (7) de las personas estudiaron la Primaria, el 34.4 % (11) estudiaron la Secundaria, el 21.9 % (7) hicieron Bachillerato, Preparatoria o Carrera técnica como equivalentes, el 12.5% (4) llegó a estudiar Licenciatura y finalmente sólo el 6.3 % (2) estudió Posgrado, en esta muestra un participante no reportó escolaridad.

Por su parte, el grupo de mujeres se localiza en un rango de edad de 32 a 63 años ($M= 48.53$, $DE= 7.52$). El tiempo de evolución de la enfermedad varía en un rango de 0 a 14 años con una media de 4.57 y una desviación estándar de 3.83. Respecto a escolaridad, se encontró que 25 % (8) de las personas estudiaron la Primaria, el 16 % (50) estudiaron la Secundaria, el 15.6 % (5) hicieron Bachillerato, Preparatoria o Carrera técnica como equivalentes, el restante 9.4 % (3) no reportó escolaridad.

6.5. Instrumentos

Se utilizará una batería autoaplicada de lápiz y papel, los instrumentos a utilizar en el presente estudio se describen en la Tabla 3 que aparece a continuación:

Tabla 3 Instrumentos a utilizar.

Instrumento	Características
Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA). Validado por Toober, Hampson y Glaswow, 2003.	Evalúa las prácticas de autocuidado de la Diabetes, realizadas en los últimos siete días, entre las que se encuentran: cinco ítems sobre alimentación, dos ítems sobre ejercicio, dos ítems sobre automonitoreo, cuatro ítems para el cuidado de los pies y dos ítems sobre adherencia a medicamentos, todos con opción a ocho respuestas que corresponden al número de días de la semana: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; al final se promedian los reactivos con puntajes de días de prácticas de autocuidado en forma general y para cada subescala de 0 a 7; a mayor promedio de días, mayores prácticas de autocuidado realizadas por la persona con DT2. Cuenta con dos ítems que evalúan el estado de fumador con opción a dos respuestas; no y sí e igual que las otras subescalas, del 0 al 7, la cantidad de días que se ha fumado.
Inventario De Ansiedad De Beck (BAI) Beck y Steer, revisión de 2011.	Es una escala que mide de manera autoinformada y con un registro sintomatológico, el grado de ansiedad de la persona. Está conformado por 21 ítems de tipo Likert.
Cuestionario de Atributos de la Personalidad (EPAQ)	Se trata de una escala bipolar de cinco puntos, consta de 24 ítems conformados por adjetivos calificativos en los que las personas se sitúan, del 1 al 5, qué tanto se consideran identificados con dicho adjetivo. Representan cuatro

Helmsreihc, Spence y subescalas, expresividad negativa, expresividad positiva, Díaz-Loving, revisión de instrumentalidad negativa e instrumentalidad positiva.
2015.

Escala de Normas y Creencias del mexicano. Del que sólo se retoma la escala de Creencias para fines de la investigación, la que consta de 28 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo, agrupados en los factores: emancipación, sexismo, pareja dolor, machismo, pareja monogamia y marianismo.
Díaz-Loving, Saldívar, Armenta-Hurtarte, Reyes, López, Moreno, Romero y Cruz, revisión de 2015.

6.6. Procedimiento

Se realizó gestión con el Centro de Salud Norponiente de la ciudad de Pachuca, para la obtención de las muestras; de donde se seleccionaron pacientes que cumplan con los criterios de inclusión de ambas muestras, la de personas con Diabetes Tipo 2 y la de personas sin Diabetes Tipo 2. Se consideraron los criterios de exclusión en una revisión para la lista definitiva de participantes. Posteriormente se contactó a cada persona vía telefónica por parte del Centro de Salud, para invitarles a una charla informativa del proyecto, en la que se expuso la finalidad del mismo, así como toda la información referente para invitarles a participar del mismo. Se detalló la forma de participación que se requiere, los estudios y análisis que se deben realizar con sus respectivos procedimientos. Se puntualizó el tiempo y forma en que debiesen realizarse para cubrir la investigación y se plantó una propuesta factible de días y horarios para que las personas pudieran participar sin perturbar demasiado sus actividades cotidianas. Se dedicó un tiempo para la resolución de dudas y aclarar cada aspecto necesario para promover la participación en el proyecto; las personas que aceptaron, fueron invitadas

a leer, revisar y firmar el Consentimiento Informado (ANEXO) para luego programar una cita en la que se realizaron las mediciones, en el Instituto de Ciencias de la Salud.

Para dicha cita, se proporcionaron los recursos para los viáticos de traslado de las personas, además, debido al tiempo requerido para dicha labor, se proporcionó un lonche para su estancia en las instalaciones del Instituto de Ciencias de la Salud. Se aplicó la batería de instrumentos psicológicos; necesarios para la obtención de datos en la investigación. Luego se procedió a la captura de la batería en una base de datos, su respectivo análisis y finalmente su interpretación.

Cabe aclarar que en la fase de evaluación, se invitó también a que las personas participantes que padecían Diabetes Tipo 2 para que se tomaran muestras de sangre y saliva para medir los niveles de Glucosa Capilar y Hemoglobina Glicosilada; al tratarse de una participación voluntaria, solamente un grupo reducido aceptó bajo el Consentimiento Informado realizar estas mediciones, por lo que en la descripción de la muestra se caracterizan tres grupos que corresponden a la misma muestra, pero de acuerdo a las evaluaciones que se tomaron con cada uno de ellos.

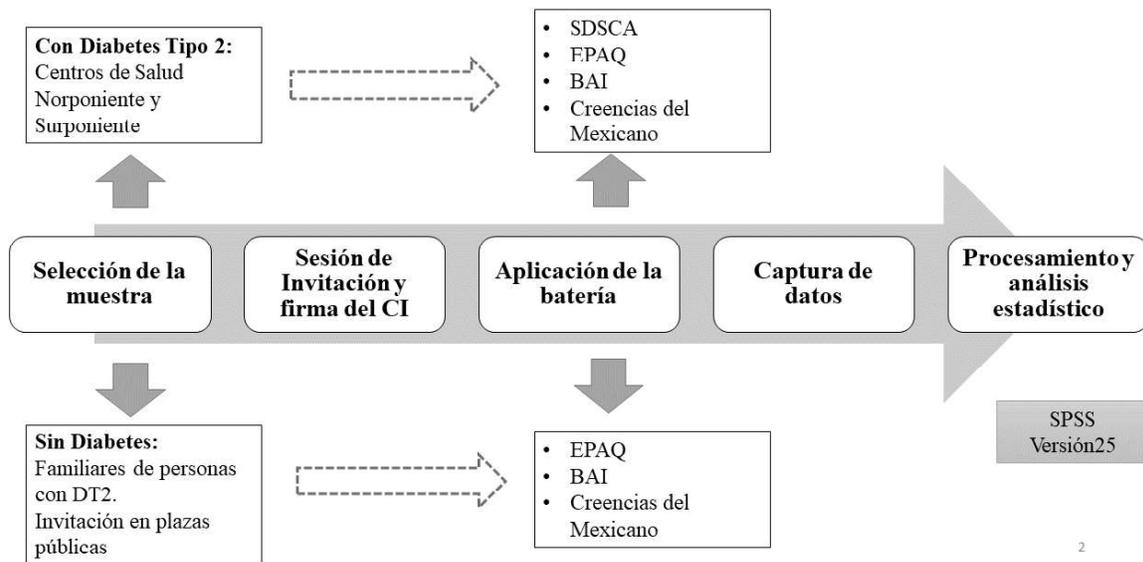


Figura 1 Representación gráfica del Diseño de la Investigación.

6.7. Análisis Estadístico

Para las pruebas de normalidad de las variables evaluadas, así como los datos sociodemográficos de las muestras, se utilizó la prueba de Smirnov Kolmogorov. El procesamiento estadístico de los datos obtenidos consiste en dos fases, la fase comparativa, para la que se usó la prueba U de Mann Whitney, y la fase correlacional, en la que se usó la prueba Rho de Spearman, ambas corresponden a la estadística no paramétrica.

6.8. Aspectos Éticos

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título I, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, la presente investigación de investigación es sustentado de acuerdo a los siguientes artículos:

- Artículo 17, inciso II, se llevará a cabo una investigación con riesgos mínimos, ya que se planea la obtención de datos a través de procedimientos comunes de evaluaciones físicos o psicológicos de tratamiento rutinarios.
- Artículo 20, que se refiere al consentimiento informado, donde la persona en investigación acepta participar en el estudio, al mismo tiempo se le informa sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los cuales se somete.
- Artículo 21, cada una de sus fracciones quedan plasmadas y explicadas en el consentimiento informado.
- Artículo 22, donde se brinda por escrito una copia para la persona en investigación y la responsable de la investigación, cubriendo cada una de las fracciones del artículo mismo.

7. Resultados

Los resultados que a continuación se presentan corresponden al análisis de los datos obtenidos de las evaluaciones en Automanejo de la Diabetes, Ansiedad, Creencias del Mexicano y Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad en las muestras correspondientes.

7.1. Análisis de Fiabilidad

Como parte de los objetivos de este trabajo, se realizó un análisis de fiabilidad de las escalas que evalúan Automanejo, Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad, Creencias y Ansiedad, por medio de una prueba de Alpha de Cronbach de la que se reportan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 4 Resultados del análisis de fiabilidad de las Variables y sus factores/indicadores

Variable y/o Factores	Alpha de Cronbach	Número de ítems
Automanejo	0.753	11
Alimentación	0.759	4
Ejercicio	0.768	2
Monitoreo de glucosa	0.695	2
Cuidado de los pies	0.876	2
Toma de medicamentos	0.876	2
Ansiedad	0.920	21
Instrumentalidad - Expresividad	0.774	25
Instrumentalidad		
Cooperación y Obediencia	0.719	4
Machismo Autoritarismo	0.717	5
Expresividad		
Expresividad Positiva	0.865	5
Vulnerable Emocional	0.594	5
Antisocial Vulnerabilidad	0.478	2
Creencias del mexicano	0.105	28
Sexismo	0.830	5
Pareja dolor	0.624	5
Marianismo	0.558	5

Pareja monogamia	0.269	4
Emancipación	0.682	4
Machismo	0.802	5

7.2. Pruebas de normalidad

Para analizar la distribución de las variables evaluadas se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. De la muestra de personas con Diabetes Tipo 2 se encontró que las variables que reportan una distribución normal ($p>0.05$) fueron las Creencias de Emancipación, Sexismo y Pareja Dolor; así como el Automanejo y su factor de Alimentación.

Por su parte, de la muestra de personas sin Diabetes Tipo 2, las variables que reportan una distribución normal ($p>0.05$) fueron las Creencias de Sexismo y Emancipación así como los Rasgos Expresivos de Vulnerabilidad Emocional.

Debido a que la mayoría de las variables reportan una distribución libre, se optó por un procesamiento de datos con pruebas de estadística no paramétrica.

7.3. Análisis descriptivos de las variables evaluadas

7.3.1. Grupo de personas con Diabetes Tipo 2

En la Tabla 5 se identifican las medias y desviaciones estándar obtenidas de las variables Automanejo, Ansiedad, Creencias del Mexicano y Rasgos de Instrumentalidad - Expresividad, así como de los factores que las componen.

Para el Automanejo los factores con mayor puntaje en la media son Alimentación, Cuidado de los pies y Toma de medicamentos; Ansiedad presenta un puntaje bajo, lo que significa poca presencia de ella en las personas; respecto a la escala de Creencias del Mexicano destacan con medias más altas Sexismo, Pareja Dolor y Pareja Monogamia; para los Rasgos de Instrumentalidad sobresale el puntaje de Cooperación y Obediencia y para los Rasgos de Expresividad destaca la Expresividad Positiva.

Tabla 5 Resultados descriptivos de las variables.

Variable y/o Factores	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Automanejo^a	3.43	3.45	1.28	0.64	6.70
Alimentación	4.17*	4.25	1.66	0.00	7.00
Ejercicio	2.46	2.00	2.22	0.00	7.00
Monitoreo de glucosa	1.03	.50	1.53	0.00	7.00
Cuidado de los pies	4.03*	5.00	2.74	0.00	7.00
Toma de medicamentos	5.94*	7.00	2.12	0.00	7.00
Ansiedad^b	7.40	7.00	7.97	0.00	50.00
Creencias^c					
Sexismo	3.39*	3.40	0.93	1.00	4.00
Pareja Dolor	3.65*	3.60	0.74	1.60	5.00
Marianismo	2.24	2.20	0.69	1.00	5.00
Pareja Monogamia	3.27*	3.25	0.71	1.00	4.60
Emancipación	2.32	2.25	0.73	1.25	5.00
Machismo	1.95	1.80	0.78	1.00	4.80
Instrumentalidad^d					
Cooperación y Obediencia	2.81*	2.75	0.65	0.00	4.00
Machismo Autoritarismo	0.75	0.80	0.52	0.20	2.80
Expresividad^d					
Expresividad Positiva	2.69*	2.80	0.92	0.00	4.00
Vulnerable Emocional	1.12	1.20	0.57	0.64	2.60
Antisocial Vulnerabilidad	0.47	0.50	0.55	0.00	2.50

Notas: **a** Rango teórico de 0 a 7, media teórica = 3.5.

b Rango teórico de c a 63

c Rango teórico de 1 a 5, media teórica = 3.

d Rango teórico de 0 a 3, media teórica =2

7.3.2. Grupo de personas sin Diabetes Tipo 2

Se obtuvieron las medias y desviaciones estándar obtenidas de las variables Ansiedad, Creencias del Mexicano y Rasgos de Instrumentalidad - Expresividad, así como de los factores que las componen, los datos se pueden observar en la siguiente tabla donde se señala con un asterisco los puntajes más altos.

Tabla 6 Resultados descriptivos de las variables de la muestra de personas sin Diabetes Tipo 2

Variable y/o Factores	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Ansiedad^a	0.44	0.33	0.41	0.00	2.10
Creencias^b					
Sexismo	3.02	3.00	0.91	1.00	4.80
Pareja Dolor	3.67*	3.80	0.70	1.60	5.00
Marianismo	2.38	2.40	0.76	1.00	4.00
Pareja Monogamia	3.27*	3.25	0.55	1.75	4.50
Emancipación	2.70	2.75	0.96	1.00	5.00
Machismo	1.93	1.80	0.79	1.00	4.20
Instrumentalidad^c					
Cooperación y Obediencia	2.96*	3.00	0.60	1.25	4.00
Machismo Autoritarismo	0.79	0.60	0.70.	0.00	3.00
Expresividad^c					
Expresividad Positiva	2.50	2.50	0.88	0.40	4.00
Vulnerable Emocional	1.1	1.00	0.68	0.00	2.80
Antisocial Vulnerabilidad	0.63	0.50	0.60.	0.00	2.00

Notas:

a Rango teórico de 0 a 63

b Rango teórico de 1 a 5, media teórica = 3.

c Rango teórico de 0 a 3, media teórica =2

Como se observa la Ansiedad también reporta puntaje bajo; en cuanto a la escala de Creencias del Mexicano destacan con medias más altas Pareja Dolor y Pareja Monogamia; para los Rasgos de Instrumentalidad sobresale el puntaje de Cooperación mientras que para los Rasgos de Expresividad destaca la Expresividad Positiva.

7.4. Análisis comparativos

7.4.1. Comparación entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2

Descriptivos de las variables de Automanejo, Ansiedad, Creencias del Mexicano y Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad con sus respectivos factores o indicadores.

Tabla 7 Resultados descriptivos de la comparación entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2

Variable y/o Factores	Hombres			Mujeres		
	Media	Mediana	D.E.	Media	Mediana	D.E.
Automanejo^a	3.32	3.22	1.19	3.42	3.45	1.39
Alimentación	4.17	4.25	1.54	4.06	4.25	1.78
Ejercicio	2.56	1.50	2.26	2.34	1.75	2.35
Monitoreo de glucosa	1.15	0.50	1.48	1.10	0.50	1.63
Cuidado de los pies	3.32	2.75	2.73	4.34	5.50	2.79
Toma de medicamentos	5.71	7.00	2.41	5.81	7.00	2.24
Ansiedad ^b	0.33	0.36	0.37	0.57	0.40	0.51
Creencias^c						
Sexismo	3.17	3.10	0.96	3.48	3.55	0.90
Pareja Dolor	3.50	3.45	0.76	3.61	3.60	0.68
Marianismo	2.77	2.80	0.91	2.32	2.20	1.18
Pareja Monogamia	2.73	2.75	0.78	2.71	2.70	0.64
Emancipación	2.50	2.50	0.71	2.31	2.25	0.61
Machismo	2.05	2.00	0.83	1.96	2.00	0.78
Instrumentalidad^d						
Cooperación y Obediencia	2.97	3.00	0.56	2.69	2.62	0.71
Machismo Autoritarismo	0.83	0.80	0.54	0.69	0.60	0.54
Expresividad^d						
Expresividad Positiva	2.36	2.60	0.90	2.95	3.10	0.82
Vulnerable Emocional	1.00	1.00	0.53	1.29	1.40	0.62
Antisocial Vulnerabilidad	.0.68	0.50	0.51	0.85	0.50	0.74

Notas: **a** Rango teórico de 0 a 7, media teórica = 3.5.

b Rango teórico de c a 63

c Rango teórico de 1 a 5, media teórica = 3.

d Rango teórico de 0 a 3, media teórica =2

Para comparar a hombres y mujeres de la muestra con diagnóstico de Diabetes Tipo 2, se realizaron pruebas U de Mann-Whitney, considerando cada una de las variables (Automanejo, Creencias del Mexicano, Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad y Ansiedad), así como sus respectivos factores. Puesto que la distribución de personas con Diabetes Tipo 2 fue mayor en mujeres que en hombres, para fines de la prueba se tomó una muestra aleatoria de 32 mujeres (el equivalente al número de hombres que participaron) del

total de 68 que se obtuvieron en la muestra. Los descriptivos de ambos subgrupos se muestran a continuación.

Tabla 8 Resultados descriptivos de las variables por sexo en personas con Diabetes Tipo 2.

Escala, factores y/o indicadores	Mediana		U de Mann Whitney	Z	p
	Hombres	Mujeres			
Ansiedad^a	0.33	0.40	364.50	- 1.98	.047
Creencias^b					
Sexismo	3.10	3.55	406.00	- 1.42	.154
Pareja Dolor	3.45	3.60	478.50	- 0.45	.651
Marianismo	2.80	2.20	381.50	- 1.75	.079
Pareja Monogamia	2.75	2.70	489.50	- 0.30	.761
Emancipación	2.50	2.25	419.00	- 1.26	.208
Machismo	2.00	2.00	486.00	- 0.35	.726
Instrumentalidad^c					
Cooperación y Obediencia	3.00	2.62	382.50	- 1.75	.080
Machismo Autoritarismo	.80	.60	427.50	- 1.14	.253
Expresividad^c					
Expresividad Positiva	2.60	3.10	319.50	- 2.59	.009
Vulnerable Emocional	1.00	1.40	365.50	- 1.98	.047
Antisocial Vulnerabilidad	.50	.50	474.50	- 0.52	.599
Automanejo^d					
Alimentación	3.22	3.45	512.00	.000	1.00
Ejercicio	4.25	4.25	506.00	- 0.08	.936
Ejercicio	1.50	1.75	461.00	- 0.69	.489
Monitoreo de glucosa	.50	.50	505.50	- 0.09	.928
Cuidado de los pies	2.75	5.50	401.50	- 1.50	.134
Toma de medicamentos	7.00	7.00	510.50	- 0.02	.980

Notas:

a Rango teórico de 0 a 63

b Rango teórico de 1 a 5, media teórica = 3.

c Rango teórico de 0 a 3, media teórica =2

d Rango teórico de 0 a 7, media teórica = 3.5.

De acuerdo a los análisis realizados se identifican diferencias significativas en la variable ansiedad ($U = 364.5$, $p = .047$) donde las mujeres puntúan mayor presencia de ella; así como en los rasgos de Expresividad Positiva ($U = 319.5$, $p = .009$) donde también las mujeres indican mayor puntaje. Respecto a las demás variables, no se identificaron diferencias entre ambos grupos.

7.4.2. Comparación entre grupo de personas con y sin Diabetes Tipo 2.

Por medio de la prueba U de Mann Whitney se realizó la comparación entre la muestra de personas con Diabetes Tipo 2 y la de personas sin ningún diagnóstico de Diabetes, con respecto a las variables de Creencias del mexicano, Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad y Ansiedad, así como en los correspondientes factores de cada escala.

Tabla 9 Comparación de resultados descriptivos de las variables en personas con Diabetes Tipo 2 y sin Diabetes.

Escala, factores y/o indicadores	Mediana		U de Mann Whitney	Z	p
	Con Diabetes Tipo 2	Sin Diabetes Tipo 2			
<i>Ansiedad^a</i>	0.33	0.33	4791.50	- 0.51	0.61
<i>Creencias^b</i>					
Sexismo	3.40	3.00	3986.5	2.48	0.013
Pareja Dolor	3.70	3.80	4982.0	- 0.04	0.956
Marianismo	2.20	2.40	4453.0	- 1.34	0.180
Pareja Monogamia	3.25	3.25	4944.0	- 0.13	0.890
Emancipación	2.25	2.75	3855.5	- 2.80	0.005
Machismo	1.80	1.80	4883.5	- 0.28	0.775
<i>Instrumentalidad^c</i>					
Cooperación y Obediencia	2.87	3.00	4280.50	- 1.76	.078
Machismo Autoritarismo	.80	.60	4870.00	- .32	.749
<i>Expresividad^c</i>					
Expresividad Positiva	2.90	2.50	4350.50	- 1.59	.112
Vulnerable Emocional	1.20	1.00	4860.50	- .34	.732
Antisocial Vulnerabilidad	.50	.50	4640.00	- .91	.362

El análisis reporta diferencias estadísticamente significativas en los siguientes aspectos: en las Creencias de Emancipación ($U = 4883.5$, $p = .005$) donde el grupo sin Diabetes reporta un puntaje más alto comparado con el grupo con Diabetes Tipo 2. En el resto de variables y sus factores, no se encontraron diferencias entre ambas muestras.

7.5. Resultados de Correlaciones

7.5.1. Correlaciones de las evaluaciones de personas con Diabetes Tipo 2.

Se realizó un análisis de correlaciones de Spearman para identificar relación entre las variables independientes con la variable dependiente, que es Automanejo. Los resultados significativos se reportan en los siguientes párrafos.

La evaluación de la Escala de Creencias del Mexicano y Automanejo, se encontró una correlación negativa con las Creencias de la Monogamia en la Pareja ($r = -.209, p < .05$). En los indicadores que se evalúan en Automanejo se encontró una correlación negativa entre Alimentación y Creencias de Monogamia en la Pareja ($r = -.269, p < .01$), así como una correlación positiva entre Ejercicio con las Creencias de Machismo ($r = .234, p < .05$). Los datos completos se pueden observar en la Tabla 7.

Tabla 10 Correlación entre indicadores de Automanejo y Creencias del Mexicano

	Creencias					
	Emancipación	Sexismo	Pareja Dolor	Machismo	Pareja Monogamia	Marianismo
Alimentación	-.046	.073	-.041	.115	-.269**	-.072
Ejercicio	-.092	.135	-.072	.234*	-.174	.047
Glucosa	-.007	.116	.080	-.010	-.193	.082
Cuidado de los Pies	-.022	.041	-.084	.095	-.024	.027
Medicamentos	.045	-.073	.192	-.099	.078	.021
Automanejo	-.054	.078	-.053	.130	-.209*	.013
Total						

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Sobre los Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad y su relación con el Automanejo de la Diabetes Tipo 2 y sus diferentes factores, tal como se puede observar en la Tabla 8, se encontraron correlaciones positivas entre el Automanejo con los Rasgos de Cooperación y Obediencia del orden de Instrumentalidad ($r = .404, p < .01$), lo mismo ocurre con los Rasgos

de Expresividad Positiva ($r = .261, p < .01$) que corresponden al orden de Expresividad. El factor de Alimentación reporta una correlación positiva con los Rasgos de Instrumentalidad de Cooperación y Obediencia ($r = .284, p < .01$) así como con los rasgos expresivos de Vulnerabilidad Emocional ($r = .212, p < .05$). Para el indicador de Ejercicio se identificaron correlaciones positivas con los Rasgos de Instrumentalidad de Cooperación y Obediencia ($r = .255, p < .05$) y con los de Expresividad de Expresividad Positiva ($r = .272, p < .01$); el indicador de medición de la Glucosa mostró también una correlación positiva con los Rasgos de Instrumentalidad de Cooperación y Obediencia ($r = .303, p < .01$); también se identificó una correlación positiva entre el indicador de Cuidado de los Pies con los Rasgos de Instrumentalidad de Cooperación y Obediencia ($r = .297, p < .01$) y una correlación negativa entre el indicador de Medicamentos con los rasgos de Instrumentalidad de Machismo autoritarismo ($r = -.219, p < .05$).

Tabla 11 Puntaje de las medias de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad

	Instrumentalidad		Expresividad		
	Cooperación obediencia	Machismo autoritarismo	Expresividad positiva	Vulnerable Emocional	Antisocial Vulnerabilidad
Alimentación	.284**	-.161	.071	-.212*	-.104
Ejercicio	.255*	-.026	.272**	-.016	.105
Glucosa	.303**	-.120	.187	-.131	-.027
Cuidado de los Pies	.297**	-.008	.196	-.159	-.065
Medicamentos	-.098	-.219*	-.090	-.042	-.079
Automanejo	.404**	-.143	.261**	-.150	-.078
Total					

****. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

***. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).**

La variable Ansiedad no indicó ninguna correlación de significancia estadística con el Automanejo de la Diabetes Tipo 2 así como con ninguno de sus indicadores.

7.5.1.1. Correlaciones de las evaluaciones correspondientes al grupo con medición de Glucosa Capilar

Se realizó un análisis de correlaciones de Spearman para identificar relación entre las variables independientes con la variable Automanejo. A continuación, se reportan los resultados de las correlaciones significativas.

El análisis entre Rasgos de Instrumentalidad, Glucosa Capilar y Automanejo, solamente se encontró una correlación positiva entre Rasgos Instrumentales de Cooperación y Obediencia y Automanejo ($r = .467, p < .01$) y con el Indicador de Cuidado de los pies y Rasgos Expresivos de Expresividad positiva ($r = .358, p < .05$).

Tabla 12 Puntaje de las medias de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad

	Instrumentalidad		Expresividad Positiva	Expresividad	
	Cooperación Obediencia	Machismo Autoritarismo		Vulnerable Emocional	Antisocial Vulnerabilidad
Glucosa1	-.034	.103	.065	.321	.161
Alimentación	.333	-.048	.004	-.239	.006
Ejercicio	.134	.002	.150	-.072	-.194
Toma de Glucosa	.278	.196	.203	.021	-.097
Cuidado de los Pies	.430*	.253	.358*	.170	-.331
Toma de Medicamentos	.034	-.177	.028	.120	-.124
Automanejo	.467**	.063	.283	.037	-.260
Total					

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

Los resultados de la Escala de Creencias reportan una correlación negativa entre el indicador de Alimentación las Creencias de Pareja Monogamia ($r = -.375, p < .05$), el indicador de Ejercicio correlaciona de forma positiva con las Creencias de Machismo ($r = .363, p < .05$)

y finalmente el indicador de Toma de Medicamentos con las Creencias de Pareja dolor tienen una correlación positiva ($r = .413, p < .05$).

Tabla 13 Correlación entre indicadores de Automanejo y Creencias del Mexicano

	Creencias					
	Emancipación	Sexismo	Pareja Dolor	Machismo	Pareja Monogamia	Marianismo
Glucosa1	.053	-.104	-.245	.139	-.009	.071
Alimentación	-.071	.257	.330	.088	-.375*	-.153
Ejercicio	.059	.248	-.181	.363*	-.292	.022
Toma de Glucosa	-.019	.000	-.008	-.031	-.184	.231
Cuidado de los Pies	.336	.147	.249	-.113	.031	.092
Medicamentos	-.155	-.146	.413*	-.159	.078	.088
Automanejo	.088	.223	.245	.072	-.284	.005
Total						

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

7.5.1.2. Correlaciones de las evaluaciones correspondientes al grupo con medición de Hemoglobina Glicosilada

Respecto a los Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad, se encontró una correlación positiva entre Cooperación y Obediencia y Automanejo ($r = .370, p < .05$); el factor Alimentación correlaciona de forma negativa con el rasgo de Expresividad Vulnerable Emocional ($r = -.324, p < .05$) y el indicador de Cuidado de los Pies correlaciona con el Rasgo de Instrumentalidad Cooperación y obediencia ($r = .359, p < .05$).

Tabla 14 Puntaje de las medias de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad

	Instrumentalidad		Expresividad positiva	Expresividad	
	Cooperación obediencia	Machismo autoritarismo		Vulnerable Emocional	Antisocial Vulnerabilidad
Alimentación	.273	-.119	-.049	-.324*	-.109
Ejercicio	.069	-.103	.043	-.180	-.099
Glucosa	.270	.129	.203	-.068	-.119
Cuidado de los Pies	.359*	.073	.268	-.028	-.207
Medicamentos	-.092	-.133	-.008	.082	-.132
Automanejo	.370*	-.056	.198	-.152	-.256
Total					

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

La escala de Creencias no reporta correlación con Automanejo, se identifica una correlación negativa con el factor Alimentación y las Creencias de Pareja Monogamia ($r = -.354, p < .05$); el indicador de Ejercicio también indica correlaciones, una de forma negativa con Creencias de Pareja Dolor ($r = -.357, p < .05$) y una de forma positiva con Creencias de Machismo.

Tabla 15 Correlación entre indicadores de Automanejo y Creencias del Mexicano

	Creencias					
	Emancipación	Sexismo	Pareja Dolor	Machismo	Pareja Monogamia	Marianismo
Alimentación	-.037	.278	.182	.108	-.354*	-.081
Ejercicio	-.130	.171	-.357*	.329*	-.161	.188
Glucosa	-.099	.134	-.052	.071	-.169	.184
Cuidado de los Pies	.012	.223	.036	.075	.031	.142
Medicamentos	-.031	-.193	.299	-.161	.146	.168
Automanejo	-.049	.238	.025	.140	-.203	.112
Total						

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

**7.5.1.3. Correlaciones entre Automanejo de la Diabetes Tipo 2,
Hemoglobina Glicosilada y Glucosa Capilar.**

Para un entendimiento integral de la variable Automanejo, se realizaron correlaciones de Spearman con los puntajes de Hemoglobina Glicosilada y Glucosa Capilar y se encontró una correlación negativa entre Automanejo Total y HbA1c ($r = -.350, p < .05$), tal resultado genera un litigio que se retomará en la discusión.

Tabla 16 Correlación entre Automanejo con Hemoglobina Glicosilada y Glucosa Capilar

	Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)	Glucosa Capilar
Automanejo Total	-0.350*	-0.180

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). *

8. Discusión de los Resultados

El presente trabajo busca la relación entre variables de orden sociocultural con el automanejo de la de la Diabetes Tipo 2, contemplando las creencias del mexicano, rasgos de instrumentalidad-expresividad y ansiedad. De acuerdo a las mediciones realizadas y la debida interpretación de los datos obtenidos como resultado, se discuten de la siguiente manera.

8.1. Grupo de personas con Diabetes Tipo 2

Los resultados del presente estudio reportan que en el Automanejo, los factores con mayor puntaje son Alimentación, Cuidado de los pies y Toma de medicamentos; pues la gente con el padecimiento puede considerar que la alimentación y toma de medicamentos son el eje central del manejo de la Diabetes Tipo 2 son estos dos elementos; respecto al cuidado de los pies, puede explicarse desde la percepción de que el funcionamiento de las extremidades y los ojos, son las consecuencias más fáciles de detectar, debido a que, por la cotidianidad, es perceptible evaluar estas partes del cuerpo.

Las Creencias relacionadas con el Sexismo, así como la presencia de Monogamia y sufrimiento dentro de la relación de pareja tuvieron alta presencia; lo que puede indicar una ejecución de conductas de cuidado de la salud determinadas por los roles de género que vive cada paciente. En Hidalgo, un estudio realizado por Higuera en 2012, destacó el rol social de la mujer como cuidadora de la familia como un factor contextual que afecta el automanejo y la percepción de las pacientes sobre su vivencia de la enfermedad (35).

En estos resultados obtenidos se posiciona como un elemento importante la sumisión de la mujer que se mantiene en arraigo a su estereotipo de género; a esta interpretación se suma el entendimiento de las relaciones de pareja en la familia, que mantiene en alto la rigidez cultural de los roles sociales, reafirmando en este aspecto, la supremacía del hombre y del padre por encima de los demás miembros de la familia. Aquí cabe señalar que la fuerte presencia de estas cargas socioculturales, pueden verse reflejadas de forma negativa en el desarrollo de conductas de la salud y en el caso del padecimiento de la Diabetes Tipo 2, al ser una enfermedad crónica, puede afectar las conductas de automanejo.

En cuanto a los resultados de los Rasgos de Instrumentalidad sobresale el puntaje de Cooperación y Obediencia, que atiende a las actitudes de acato con una intención

cooperativa, entendible toda vez que se reporta que parte esencial en el tratamiento de la Diabetes Tipo 2, es necesaria la voluntad de las personas pacientes. Se puede considerar la tendencia normal mexicana de afiliación cuya manifestación son las conductas para “caer bien”, así las personas que padecen alguna enfermedad pueden funcionar en la cooperación en pro del manejo de su salud como una forma de socializar.

Para los Rasgos de Expresividad destaca la Expresividad Positiva, cuya presencia denota actitudes y conductas de manifestación emocional así como de apertura para conocer las emociones de las personas que les rodean, si bien esto se asocia con lo femenino y a su vez con las mujeres, la existencia de estos rasgos en la muestra con Diabetes Tipo 2 podría considerarse un elemento que favorece la gestión emocional; es importante recordar que el malestar psicológico se asocia con un bajo control glucémico (49).

En este grupo se identificó que el puntaje de ansiedad es bajo, que indica que la presencia la misma no ha sido significativa con relación al padecimiento de la enfermedad, lo que concuerda con los estudios que han identificado que la condición particular de salud no afectan el estado anímico de las personas (35).

8.2. Correlaciones de las evaluaciones de personas con Diabetes Tipo 2.

En orden con los resultados de las pruebas de correlación entre las variables Ansiedad, Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad, Creencias del Mexicano y Automanejo, se contrastan a continuación.

En cuanto a las personas con Diabetes Tipo 2, hay elementos que fortalecen el automanejo: los Rasgos Instrumentales de Cooperación y obediencia y los de Expresividad positiva, que reportaron correlaciones positivas de significancia estadística. Se había mencionado anteriormente la referencia a la Cooperación y obediencia en favor de la salud como una forma de socializar las prácticas de cuidado, interpretación que se reafirma ante la aparición de estos datos. La cercana interacción con el personal del sector salud por parte de las personas con el padecimiento, es un punto que se favorece con el modelo de automanejo (37), los Rasgos de Cooperación explican lógicamente este aspecto, que se identifica como un rasgo masculino. Por otra parte, la expresión emocional como un aspecto positivo, permite una mejor gestión, este es un rasgo identificado femenino.

Aunque el factor identificado alude a la abnegación de la mujer, asumiendo que la vida de éstas es más difícil que la de los hombres y que, son más sensibles y sentimentales, se conoce que el ejercicio del género, es decir, de la masculinidad y la feminidad, se lleva a cabo en la comunicación e interacción; por lo que, la abnegación presente puede interpretarse como que, a mayor creencia tengan las personas de que la mujer sufre más y es más sensible, más fácil será la promoción de prácticas de automanejo. Las mujeres pueden adoptar este sentido para la realización de ejercicio, medición de glucosa y el cuidado de los pies abogando a su mayor sensibilidad y probable dolor, en tanto que los hombres, pueden dar muestras de apoyo a las mujeres para facilitar tales conductas de protección. Nuevamente se reluce el género como componente importante en el automanejo.

En cambio, los Rasgos Expresivos de Vulnerabilidad emocional cuya correlación fue significativa, pero en dirección negativa, pueden debilitar la ejecución de prácticas óptimas para el automanejo de la Diabetes Tipo 2. Lo anterior complementa la información del fortalecimiento del Automanejo por los Rasgos de Expresividad Positiva. Se sabe que un adecuado control del estrés y la ansiedad se asocia a un óptimo manejo de la enfermedad, por lo que un sentimiento de descontrol emocional (64), es decir, de vulnerabilidad, afectaría de forma negativa el control glucémico y manejo de cuidados específicos del tratamiento.

8.3. Comparación entre hombres y mujeres con Diabetes Tipo 2

En la comparación entre hombres y mujeres pertenecientes al grupo de personas con Diabetes Tipo 2, se consideró contrastar las variables de Ansiedad, Rasgos de Instrumentalidad – Expresividad, Creencias del Mexicano y Automanejo.

Respecto a la Ansiedad, se detectaron mayores puntajes entre la muestra con Diabetes Tipo 2 que, entre la muestra sin Diabetes, lo que puede explicarse retomando los aportes de Zavala, quien menciona que los cambios sociales y en los roles familiares, así como las transiciones propias del padecimiento de una enfermedad crónica deterioran el bienestar psicosocial de las personas, donde la ansiedad hace presencia.

En los resultados de las comparaciones por sexo, destaca la identificación de mayor Ansiedad en mujeres que en hombres con Diabetes Tipo 2, misma que ha sido señalada en otros estudios, donde se atribuyen sus causas a las exigencias de cuidado familiar que recae en ellas en el ejercicio del cuidado familiar como parte de su rol (19).

También se corrobora que existe mayor expresión emocional en las mujeres con el alto puntaje en Rasgos de Expresividad Positiva respecto a los hombres, lo que puede sugerir también una mejor gestión emocional, misma que ya se ha mencionado con la aparición de otros resultados en párrafos anteriores.

En la escala de Creencias del Mexicano, no se identificaron diferencias significativas en ninguno de los factores, esto puede explicarse de acuerdo a que se sabe que la cultura, determinada en este caso por las premisas normativas y de ideología, se aprende gracias a los procesos de socialización de los que, la familia es la principal transmisora y si bien se solicita y determinan conductas diferentes entre roles de masculinidad y feminidad, la cultura es para ambos, el mismo instrumento regulador. Se entiende por ello, que tanto los aspectos normativos y de opiniones culturales tradicionales como los no tradicionales, empatan en ambos grupos.

8.4. Comparación entre grupo de personas con y sin Diabetes Tipo 2

Finalmente se interpretan los resultados obtenidos de los análisis de comparación entre la muestra de personas con Diabetes Tipo 2 y la de personas sin Diabetes, recordando que se buscó que fueran equiparables y por tanto, las descripciones siguientes corresponden a los puntajes cuya significancia estadística identifique diferencias de importancia.

El grupo de personas con Diabetes Tipo 2 reportó mayores puntajes en las creencias de orden tradicional como lo es el Sexismo, que se fundamenta en el sacrificio y abnegación de la mujer, lo cual da indicios de la existencia de mayores elementos de sumisión en la mujer que en las personas que no padecen esta enfermedad crónica, además, indica que estas actitudes pueden influir en el automanejo de la Diabetes Tipo 2 en el contexto cotidiano de las mujeres, pues se remarca la exigencia social y cultural del cumplimiento de su rol de mujer bondadosa y cuidadora del resto de su familia.

En contraste con lo anterior, el grupo de personas sin Diabetes puntuó más alto en Creencias de Emancipación, que aluden a la libertad de toma de decisiones de la mujer y corresponden a creencias no tradicionales de la cultura mexicana. Es decir, las mujeres que no padecen Diabetes y no debe desarrollar por necesidades médicas estrategias de automanejo, presentan mayor tendencia a la liberación de los roles y estereotipos del género.

Estas diferencias pueden sugerir la ejecución de conductas diferenciadas por el padecimiento de la enfermedad, respecto al género de las personas, es decir, que se espera que las mujeres respondan de manera tradicional a su rol de sumisión y cuidado familiar entre las personas que padecen de Diabetes Tipo 2.

9. Conclusiones

La identificación de mayor presencia de ansiedad en mujeres que en hombres con Diabetes Tipo 2, ha sido señalada en otros estudios, se atribuyen causas a las exigencias de cuidado familiar que recae en ellas (19). También se corrobora que existe mayor expresión emocional en las mujeres con el alto puntaje en expresividad positiva respecto a los hombres.

El grupo de personas con Diabetes Tipo 2 reportó mayores puntajes en las pautas de orden tradicional fundamentadas en la sumisión y abnegación de la mujer, que fue presentado en varias mediciones, en contraste con el grupo de personas sin Diabetes que puntuó más alto en creencias de emancipación, que alude a la libertad de toma de decisiones de la mujer y corresponden a creencias no tradicionales de la cultura mexicana. Estas diferencias pueden sugerir la ejecución de conductas diferenciadas por el padecimiento de la enfermedad, respecto al género de las personas, es decir, que se espera que las mujeres respondan de manera tradicional a su rol de sumisión y cuidado familiar entre las personas que padecen de Diabetes Tipo 2.

Las creencias de machismo con correlación de significancia con el indicador de ejercicio en el automanejo, también alude a la ejecución de roles de género en la exigencia de fortaleza física para los hombres.

En cuanto al automanejo en personas con Diabetes Tipo 2 y los elementos que fortalecen el mismo: los rasgos instrumentales de cooperación y obediencia y los de expresividad positiva, que reportaron correlaciones positivas de significancia estadística. En cambio, los rasgos expresivos de vulnerabilidad emocional cuya correlación fue significativa, pero en dirección negativa, pueden debilitar la ejecución de prácticas óptimas para el automanejo de la Diabetes Tipo 2.

Sin menospreciar los aspectos biológicos de la enfermedad y su automanejo, se reconoce que la cultura como aparato de determinación es muy amplio, los mandatos dominantes de ésta son los que establecen las maneras comunes de ser de las personas y son, por ende, las más fáciles de ejecutar. La cultura influye en los conocimientos de los pacientes, en el automanejo

e incluso en la relación con los profesionales sanitarios. Además de ello, se demarca el arraigo de los roles distintivos de género como influencia para las prácticas de salud de la población.

Acorde a los resultados obtenidos se puede concluir que el cumplimiento de prácticas de automanejo en personas con Diabetes Tipo 2, se ve influido por las variables de orden cultural, cuyo desempeño operativo ocurre en la vida cotidiana y la interacción en relaciones sociales. La adopción de conductas de autocuidado, se desarrolla bajo la obediencia aprendida a los roles sociales que se desempeñan en la familia y a los rasgos de personalidad, instrumentales y expresivos, que a su vez son esperados por los hombres y las mujeres respectivamente.

10. Perspectivas y recomendaciones

Es necesario reconocer las limitaciones del presente estudio para ser consideradas en futuras investigaciones

Se puede señalar el tamaño de la muestra, que por las características propias ha sido pequeño, por lo que se sugiere ampliar el tamaño de la misma. También se observa la falta de paridad en sexo de las personas participantes, debido a que la mayoría han sido mujeres, se puede considerar buscar tener muestras comparables en cuanto a este rubro.

Se recomienda desarrollar futuras investigaciones que incluyan en su estudio las diferentes condiciones culturales, sociales, políticas y económicas de las comunidades rurales y urbanas del estado y del país, para ampliar la aplicabilidad de los conocimientos obtenidos.

Otro punto a considerar como limitación de este proyecto, es la falta de una fase de intervención, sin embargo, se propone desarrollar un modelo de automanejo que contemple los descubrimientos presentes respecto a la integración de elementos culturales, principalmente el sesgo de género para el adecuado tratamiento de pacientes con Diabetes Tipo 2.

11. Referencias

1. Levins R. Una pierna adentro, una pierna afuera. EditoraC3 y CopIt-arXives, editor. México; 2015.
2. Ledón Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cuba Endocrinol.* 23(1):76–97.
3. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes. 6th ed. Bélgica; 2013. 160 p.
4. López Ramón C, Ávalos García MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Rev Cuba Salud Pública.* 2013;39:331–45.
5. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care.* 2016;39:S13–22.
6. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Diabetes Online. 2018. Available from: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
7. Ybarra Sagarduy JL, Sánchez Sosa JJ, Pompa Guajardo, Edith Piña López JA. Asociación de factores psicosociales de riesgo y protección con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. In: *Transtornos y enfermedades cónicas: una aproximación psicológica.* Manual Mod. 2011. p. 185.
8. American Diabetes Association. Diabetes Basics. http://www.diabetes.org/diabetes-basics/?utm_source=WWW&utm_medium=GlobalNavDB&utm_campaign=CON. 2016.
9. Organización Mundial de la Salud. Diabetes 2006. 2008.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Hidalgo. 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de Orientación. [Internet]. 2016. Available from:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?
ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)

12. Rull JA, Aguilar Salinas CA, Rojas R, Rios Torres JM, Gómez Péreza FJ, Olaiz G. Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico. *Arch Med Res.* 2005;36:96–188.
13. Fundación Mídete. *Asumiendo el control de la diabetes.* México 2016. Fundación Mídete, editor. 2016. 55 p.
14. Secretaría de Salud. *Indicadores de resultados 2001-2005.* México; 2006.
15. Arredondo A, De Icaza E. Costos de la diabetes en América Latina: evidencias del Caso Mexicano. *Value Heal* [Internet]. 2011;14:S85–8. Available from: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01438-0/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01438-0/pdf)
16. Solano Solano G, García Reza C, Del Castillo Arreola A, Guzmán Saldaña RME, Barrera Galves R. Educación en pacientes con Diabetes. In: PYSESA, editor. *Diabetes y Educación De la teoría a la práctica.* 1st ed. 2015. p. 13–9.
17. Hernández-Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Uribe N, Reynoso-Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Publica Mex.* 2010;53:34–9.
18. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016.* 2016.
19. Secretaría de Salud. *Emite la Secretaría de Salud emergencia epidemiológica por diabetes mellitus y obesidad* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.gob.mx/salud/prensa/emite-la-secretaria-de-salud-emergencia-epidemiologica-por-diabetes-mellitus-y-obesidad>
20. Mejía J. *Crecen casi 10% casos de diabetes tipo 2; primera causa de muerte.* *Excelsior* [Internet]. 2017; Available from: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/11/12/1200719>
21. Mejía X. *Padece diabetes 15.8% en México; el primer lugar en la OCDE.* *Excelsior* [Internet]. 2017; Available from:

<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/11/10/1200370>

22. Del Castillo Arreola A, Morales Téllez O, Solano Solano G. Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Rev Latinoam Med Conduct Am J Behav Med.* 2013;3:24–30.
23. Esquivel G. Educación individualizada en el automanejo de la Diabetes. Universidad Autónoma de Nuevo León; 1998.
24. Azzollini SC, Bail Pupko V, Vidal VA. El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2. *Anu Investig.* 19(1):109–13.
25. Kueh Y, Morris T, Borkoles E, Shee H. Modelling of diabetes knowledge, attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13.
26. Reyes Ramírez MP, Morales González JA, Madrigal Santillán EO. Diabetes. Tratamiento nutricional. *Med Interna México.* 2009;25 (6):454–60.
27. Méndez Carrillo FX, Beléndez Vázquez M. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *An Psicol.* 1994;10:189–98.
28. Manuel Ortiz, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Ter Psicológica.* 2011;29.
29. Marin Barcos M, Mubayed Materano J. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus: Un Modelo de Ruta. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, editor. 2012.
30. Sánchez Sosa JJ. Treatment adherence: the role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. *Rev Mex Psicol.* 2002;19(1):85–92.
31. Plan de Acción para la PRevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Washington D. C., E. U. A.; 2013.
32. Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles. 2003.
33. Peñarrieta I, Olivares D, Gutiérrez-Gomes T, Flores-Barrios F, Piñones-Martínez M,

- Quintero-Valle L. Automanejo en Personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. *Rev Investig la Univ Norbert Wiener*. 2014;3:53–62.
34. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez R. Barcelona; 1986.
35. Higareda Sánchez JJ. *Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio exploratorio*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2012.
36. Lutfey KE, Wishner WJ. Beyond “compliance” is “adherence”. *Diabetes Care*. 1999;22:635–9.
37. Ginarte Arias Y. La Adherencia Terapéutica. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2001;17:502–5.
38. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América.
39. Peñarrieta de Córdova M, Vergel Camacho S, Lezama Vigo S, Rivero Álvarez R, Taipe-cancho J, Borda-olivas H. El automanejo de enfermedades crónicas : población de una jurisdicción de centros de salud The self-management of the chronic diseases : population of a jurisdiction of health centers. 2013;6(1):42–9.
40. Bonal Ruiz R, Cascaret Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN*. 13(1).
41. Patricia A. G, Lisa Lucio G. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 28];37(9):187–94. Available from: /scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt
42. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes*. 2004;22:123–7.
43. Bodenheimer T, Loring K, Holman H, Grumbach K. Patient self management of chronic disease in primary care. *Innov Prim care*. 2002;288:2469–75.

44. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. *Psicología del Desarrollo*. Mc Graw Hi. México; 2005.
45. Romero Baquedano I, Antônio dos Santos M, Aparecida Martins T, Lúcia Zanetti. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;10.
46. Aguilar Salinas CA, Cuevas Ramos D, Almeda Valdes P, Tusié Luna MT. Genética de la diabetes tipo 2. In: Grupo Editorial Nacional, editor. *Diabetes Mellitus Visión Latinoamericana*. 2014. p. 20–36.
47. Campo Guinea N, Portillo MC. El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36(3):489–504.
48. López Ibor M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna*. 2007;24:2009–11.
49. Zavala-Rodríguez M del R, Ríos-Guerra M del C, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2009;9:257–70.
50. Cía A. *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos, editor. Buenos Aires, Argentina; 2007.
51. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5a ed. Editorial Médica Panamericana, editor. 2013.
52. Isaac A. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2a ed. McGraw-Hill/Interamericana de España S, editor. 2000.
53. Spielberger C, Díaz Guerrero R. *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)*. Moderno M, editor. México; 1975.
54. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10a ed. Mosby, editor. 2003.
55. Rivas-Acuña V, García-Barjau H, Cruz-León A, Morales-Ramón F, Enríquez-Martínez RM, Román-Alvarez J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*. 2011;17:30–5.

56. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*. 2014;25:39–48.
57. Bados López A. Trastornos de ansiedad generalizada. Psicología F de, editor. Barcelona; 2015.
58. Rondón Bernard JE. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Rev electrónica Psicol Iztacala*. 2011;14:126–61.
59. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade*. 2003;3:10–59.
60. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Médica Hered*. 2014;25:57–9.
61. Fernanda Acuña D. “Evaluación de Ansiedad”. Datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires. Universidad de Belgrano; 2010.
62. Sánchez López MP, Aparicio García ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*. 2006;18 (3):584–90.
63. Torales J, Jara G, Ruiz Díaz C, Villalba J. Aspectos Psicopatológicos en el paciente con Diabetes. In: Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas, editor. *Pie Diabético: Manual de Manejo*. 2016. p. 16–25.
64. Zavala M del R, Vázquez Martínez O, Whetsell M V. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*. 2006;6:8–21.
65. Smith K, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G, et al. Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2013;74:89–99.
66. Martínez Hernández F, Tovilla Zárata CA, López Narváez L, Juárez Rojo I, Jiménez Santos M, González Gutiérrez C, et al. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de

- Tabasco, México. *Gac Med Mex.* 2014;150:101–6.
67. de Ornelas Maiaa AC, Azevedo Bragaa A, Brouwersa A, Egidio Nardia A, Cardoso de Oliveira e Silva A. Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Compr Psychiatry.* 2012;53:1169–73.
 68. Fabián MG, García MC, Cobo C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Med Interna México.* 2010;100–8.
 69. Trento M, Raballo M, Trevisan M, Sicuro J, Passera P, Cirio L, et al. A cross-sectional survey of depression, anxiety, and cognitive function in patients with type 2 diabetes. *Acta Diabetol.* 2012;49:199–203.
 70. García Molina JR, Peñuñuri Varela K, Peñuñuri Valenzuela DA, Meza Espinoza KG. Validez y confiabilidad de un instrumento para medir ansiedad en personas con diabetes. In: Instituto Tecnológico de Sonora, editor. *Diseño de instrumentos de medición en psicología y sus propiedades psicométricas: competencia metodológica en estudios de psicología.* Sonora, México; 2012. p. 9–16.
 71. Constantitno Cerna A, Bocanegra Malca M, León Jiménez F, Díaz Velez C. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Rev Médica Hered.* 2014;25:196–203.
 72. López Jiménez MT, Barrera Villalpando MI, Cortés Sotres JF, Guines M, Jaime L M. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Ment.* 34(2):111–20.
 73. Montalbán Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Atención Primaria* [Internet]. [cited 2016 Dec 15];29–34. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-entre-ansiedad-dinamica-familiar-15004>
 74. Díaz Guerrero R. Una aproximación científica a la etnopsicología. *Rev Latinoam Psicol.* 1995;27:359–89.
 75. Díaz Guerrero R. *Psicología del mexicano 2 Bajo las garras de la cultura.* Trillas.

México; 2007.

76. Díaz Guerrero R. No TitleHacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano. Trillas, editor. México; 1972.
77. Flores Galaz MM. La cultura y las premisas de la familia mexicana. *Rev Mex Investig en Psicol.* 2011;3:148–53.
78. Betancourt H, Regeser López S. The Study of Culture, Ethnicity, and Race in American Psychology. *Am Psychol.* 1993;58:629–37.
79. Figueroa-Perea JG. Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en políticas de salud reproductiva. *Salud Publica Mex.* 2007;49:166–78.
80. Díaz Guerrero R. Sociocultural premises, attitudes and cross-cultural research. *Anu Psicol.* 1963;2:31–45.
81. Díaz Loving R, Armenta Hurtarte C, Elena N, Saldívar A. Creencias y Normas en México: Una Actualización del Estudio de las Premisas Psico-Socio-Culturales. *Psykhe.* 2015;24(2):1–25.
82. Díaz-loving R, Psicología RM De. Rogelio Díaz-Guerrero : Un Legado De Creación E Investigación Psicológica Rogelio Diaz-Guerrero : a Legacy of Psychological. 2006;23:11–8.
83. Méndez López DM, Gómez López VM, García Ruiz ME, Pérez López JH, Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Médica del IMSS.* 2004;42:281–4.
84. Díaz Guerrero R. Neurosis and the Mexican family structure. *Am J Psychiatry.* 1955;112.
85. Gámez NP, Díaz-Loving R. Premisas familiares y socioculturales del emparejamiento. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2013;18:249–62.
86. Rodríguez Torres A, Camacho Ruiz EJ, Escoto Ponce de León M del C, Casas Patiño D. Representación social del apoyo familiar al diabético: caso DiabetIMSS. In: PYSESA, editor. *Diabetes y Educación De la teoría a la práctica.* 1st ed. 2015. p.

43–65.

87. Kimble CE, Díaz-Loving R, Horsch HM, G. MAZ, Lucker W, Hirt ER. *Psicología Social de las Américas*. Education P, editor. 2002.
88. Montero M. Indefinición y contradicciones de algunos conceptos básicos en la psicología social. In: Antrophos, editor. *Construcción y Crítica de la Psicología Social*. España; 1994.
89. Concha Toro M del C, Rodríguez Garcés CR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos copensados y descompensados. *Theoria*. 2010;19:41–50.
90. Cruz Bello P, Vizcarra Bordi I, Kaufer Horwitz M, Benítez Arciniega AD, Misra R, Valdés Ramos R. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de Población*. 2014;20:119–44.
91. De los Ríos Castillo JL, Sánchez Sosa JJ, Barrios Santiago P, Guerrero Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2004;109–16.
92. Díaz-Loving R, Rivera Aragón S, Orozco Villanueva G, Martínez Cruz LM. Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: su exploración desde las creencias y las normas. *Rev Mex Investig en Psicol*. 2011;3(128–142).
93. Rocha Sánchez TE, Díaz Loving R. *Identidades de Género: más allá de cuerpos y mitos*. Trillas, editor. 2011. 240 p.
94. Rubio Aurióles E. Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. In: Población CN de, editor. *Antología de la Sexualidad Humana*. 1994.
95. Díaz Loving R, Díaz Guerrero R, Helmreich R, Spencer J. Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). *Rev la Asoc Latinoam Psicol Soc*. 1981;3–37.
96. Rocha Sánchez TE. Roles de género en los adolescentes mexicanos y rasgos de

- masculinidad-feminidad. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. 2000.
97. Burin M, Meler I. *Género y Familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós, editor. Buenos Aires, Argentina; 1998.
 98. Saldívar Garduño A, Díaz Loving R, Reyes Ruiz NE, Armenta Hurtarte, Carolina López Rosales F, Moreno López M, Romero Palencia, Angélica Hernández Sánchez JE, et al. Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. *Acta Investig Psicológica*. 2015;5 (3)(3):2124–47.
 99. Díaz Loving R, Ruiz Benjumeda MDP, Cárdenas Ramos MT, Alvarado Hernández V, Reyes Domínguez DR. Masculinidad-Feminidad y satisfacción marital: correlatos e implicaciones. In: Social AM de P, editor. *V Lustros de Investigación en Psicología Social en México: Contribuciones de Díaz Loving y sus colegas*. 2014. p. 237–43.
 100. Díaz Loving R, Rivera Aragón S, Sánchez Aragón R. Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Rev Latinoam Psicol*. 2001;33(2):131–9.
 101. Merodio Pérez Z, Rivas Acuña V, Martínez Serrano A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horiz Sanit*. 2015;14:15–20.
 102. Díaz Guerrero R. La mujer y las premisas historico-socioculturales de la familia mexicana. *Rev Latinoam Psicol*. 1974;6:7–16.
 103. Salcedo Rocha AL, García de Alba García JE, Frayre Torres MJ, López Coutino B. Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Rev Médica Inst Mex del Seguro Soc*. 2008;1:73–81.

12. Anexos

12.1. *Consentimiento Informado para personas con Diabetes Tipo 2*

Lic. En Psic. Lol Zazil Canul Mota.

Documento de Consentimiento Informado para Realización de Exámenes Psicológicos.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tratados en el Centro de Salud Norponiente de la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), a quienes se les invita a participar en el Proyecto Factores Psicosociales como Predictores del Automanejo en Pacientes con Diabetes Tipo 2.

Investigadora Principal: Lic. Lol Zazil Canul Mota.

Organización: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Título de Proyecto: Creencias, Género y Ansiedad como predictores del Automanejo en Pacientes con Diabetes Tipo 2.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información
- Formulario de Consentimiento

PARTE I: Información

Soy Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, actualmente curso la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud en la misma casa de estudios, con un proyecto sobre Diabetes Tipo 2. Este problema es una prioridad para la atención de salud en México y el mundo. Por ello me interesa conocer cómo algunos aspectos de la vida de las personas influyen en la forma en que viven con su enfermedad. Le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación, en la que un grupo de personas,

estudiantes y profesionales de la salud, me apoyan en un trabajo en equipo. No tiene que decidir hoy si participar o no en este estudio. Antes de decidirse, puede hablar con alguna persona con quien se sienta cómodo al respecto de este tema. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por lo que le pido me pregunte.

En México y el mundo la diabetes muestra un crecimiento exponencial superando la prevalencia de las enfermedades transmisibles y convirtiéndose en la primera causa mundial de morbilidad en el adulto en edad productiva. El tratamiento del paciente con diabetes requiere de diversos elementos que se relacionan con su vida cotidiana.

El objetivo del presente estudio será conocer cuáles aspectos de su entorno diario pueden relacionarse con la forma en cómo llevan su enfermedad las personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2, usuarias del centro de Salud Norponiente de Hidalgo.

Esta investigación requiere responder algunas encuestas de diferentes tipos, esto realizado por personas capacitadas.

Estamos invitando a los pacientes del Centro de Salud Norponiente a participar de dicho proyecto con el objeto de que colaboren en un proyecto que, a la larga, puede beneficiarles en mejores formas de atención a su salud. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede decidirlo más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Se le aplicarán una serie de pruebas cuya finalidad será conocer algunos aspectos físicos, emocionales y psicológicos de su comportamiento en general. Éstas no se tratan de conocimientos sobre algún tema, sino de algunas opiniones, creencias, actitudes y hábitos que son importantes conocer para fines del estudio y en donde no hay respuestas buenas ni malas, todo lo que nos pueda proporcionar es válido.

La evaluación durará aproximadamente dos horas. Si usted participa en esta investigación, tendrá el beneficio de conocer los resultados de las pruebas que se le realicen. Así mismo,

conocerá el impacto que tienen las conductas que realiza para el manejo de la Diabetes en su vida cotidiana. Finalmente contribuirá al beneficio colectivo del Tratamiento de la Diabetes buscando alternativas que promuevan cambios en la calidad de vida de las personas aquejadas por este padecimiento. Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el equipo de la investigación tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en lugar de su nombre. Solo este equipo sabrá cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto a los miembros del grupo de investigación.

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma para cualquier proceso que necesite en esta institución. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta institución. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse realizado el registro. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Lic. Lol Zazil Canul Mota

Celular: 77 11 99 18 61

Correo electrónico: psiquelolcanul@gmail.com

NOTA. Si utiliza insulina rápida o ultra rápida no se la aplique antes de venir a las mediciones.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en el Factores Psicosociales como Predictores del Automanejo en Pacientes con Diabetes Tipo 2. Entiendo que me van a realizar exámenes psicológicos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no habrá recompensa por mi participación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y número de celular que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi estancia ni los servicios que se me proporcionan en la Institución.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

12.2. Consentimiento Informado para personas sin Diabetes

Lic. En Psic. Lol Zazil Canul Mota.

Consentimiento Informado para Realización de Exámenes Psicológicos.

Este Consentimiento Informado va dirigido a personas no diagnosticadas con diabetes mellitus tratados en Centros de Salud de la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), a quienes se les invita a participar en el Proyecto *Evaluación de Factores Psicosociales Asociados al Automanejo y Control Metabólico de Personas con Diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo.*

Investigadora Principal: Lic. Lol Zazil Canul Mota.

Organización: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Título de Proyecto: Creencias, Género y Ansiedad como predictores del Automanejo en Pacientes con Diabetes Tipo 2.

El presente documento consta de dos partes:

- Información y
- Formulario de Consentimiento

PARTE I: Información

Soy Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, actualmente curso la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud en la misma casa de estudios, con un proyecto sobre Diabetes Tipo 2. Este problema es una prioridad para la atención de salud en México y el mundo. Por ello me interesa conocer cómo algunos aspectos de la vida de las personas influyen en la forma en que viven con su enfermedad. Le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación, en la que un grupo de personas, estudiantes y profesionales de la salud, me apoyan en un trabajo en equipo. No tiene que decidir hoy si participar o no en este estudio. Antes de decidirse, puede hablar con alguna

persona con quien se sienta cómodo al respecto de este tema. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por lo que le pido me pregunte.

En México y el mundo, la diabetes muestra un crecimiento exponencial superando la prevalencia de las enfermedades transmisibles y convirtiéndose en la primera causa mundial de morbilidad en el adulto en edad productiva. El tratamiento del paciente con diabetes requiere de diversos elementos que se relacionan con su vida cotidiana.

El objetivo del presente estudio será conocer cuáles aspectos del entorno diario pueden relacionarse con la forma en cómo llevan su enfermedad las personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2. Para lo que requiero también conocer algunos aspectos de la vida de personas que no han sido diagnosticadas con esta enfermedad, por lo que, si usted cumple con esa característica, su participación será muy valiosa para los aportes contundentes de ésta investigación.

Por ello, estamos invitando a los usuarios del Centros de Salud de Pachuca, Hidalgo, a participar en este proyecto de investigación, que a la larga puede beneficiarles en mejores formas de atención a su salud. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede decidirlo más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado.

Esta investigación requiere que usted responda algunos cuestionarios cuya finalidad será conocer algunos aspectos de su comportamiento. No se trata de conocimientos sobre algún tema, sino de algunas opiniones, creencias, actitudes y hábitos que son importantes conocer para los fines del estudio. Además, no hay respuestas buenas ni malas, todo lo que nos pueda proporcionar es válido.

La evaluación durará aproximadamente dos horas y será guiada por personas capacitadas. Si usted participa en esta investigación, tendrá el beneficio de conocer los resultados de las pruebas que se le realicen. Finalmente contribuirá al beneficio colectivo del Tratamiento de

la Diabetes buscando alternativas que promuevan cambios en la calidad de vida de las personas aquejadas por este padecimiento.

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de quienes participen en la investigación. La información que recojamos para este proyecto de investigación será confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino el equipo de la investigación, tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en lugar de su nombre. Sólo este equipo sabrá cuál es su número y la información se mantendrá encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto a los miembros del grupo de investigación.

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo, y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma para cualquier proceso que necesite en esta institución. Usted seguirá teniendo los mismos beneficios. De igual forma, puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee, sin perder sus derechos.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse realizado el registro. Para esto puede contactar a:

Psic. Lol Zazil Canul Mota

Celular: 771 199 1861

Correo electrónico: psiquelolcanul@gmail.com

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en el Proyecto de Investigación *Evaluación de Factores Psicosociales Asociados al Automanejo y Control Metabólico de Personas con Diabetes tipo*

2 del Estado de Hidalgo. Entiendo que me van a realizar exámenes psicológicos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no habrá recompensa por mi participación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y número de celular que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Por tanto, consiento voluntariamente colaborar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi estancia ni los servicios que se me proporcionan en la Institución.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

** Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.*

12.3. Batería para personas sin Diabetes

I. Datos Generales	Folio: _____ S
Nombre: _____	

Fecha de nacimiento [día / mes / año] Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____ Tiempo de evolución de la enfermedad: _____

II. Datos Sociodemográficos

Condición	Opciones				Código	
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Otro:	
Religión	Católica	Cristiana	Protestante	Ninguna	Otra:	
Vives con:	Papás	Familiares	Pareja o Hijos	Solo	Otra:	

INSTRUCCIONES: En la siguiente página encontrará una lista de adjetivos; por favor, lea cada adjetivo y marque con un círculo el grado en que le describen. El número más pequeño refiere que ese adjetivo no le describe en absoluto, mientras que el número más grande indica que le describe muy fuertemente.

Ejemplo:

SOY	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1. Vanidoso (a)	0	1	2	3	4

En el ejemplo anterior si la persona selecciona el número 4, implica que este adjetivo le describe muchísimo en cambio, si seleccionara el número 0 es que no le describe en nada. Se puede seleccionar alguno de los números intermedios, para indicar el grado en que le describe cada adjetivo.

SOY	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
2. Cumplido	0	1	2	3	4
3. Cooperador	0	1	2	3	4
4. Hostil	0	1	2	3	4
5. Violento	0	1	2	3	4
6. Responsable	0	1	2	3	4
7. Competente	0	1	2	3	4
8. Sentimental	0	1	2	3	4
9. Agresivo	0	1	2	3	4
10. Antipático	0	1	2	3	4
11. Romántico	0	1	2	3	4
12. Grosero	0	1	2	3	4
13. Influyente	0	1	2	3	4
14. Activo	0	1	2	3	4
15. Abusivo	0	1	2	3	4
16. Quejumbroso	0	1	2	3	4
17. Ingenuo	0	1	2	3	4
18. Vengativo	0	1	2	3	4
19. Tierno	0	1	2	3	4

SOY	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
20. Descortés	0	1	2	3	4
21. Infantil	0	1	2	3	4
22. Cariñoso	0	1	2	3	4
23. Dominante	0	1	2	3	4
24. Desagradecido	0	1	2	3	4
25. Indeciso	0	1	2	3	4
26. Amoroso	0	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: A continuación hay una serie de enunciados y opiniones relacionadas con la familia mexicana. Favor de leer cada una y marcar con un círculo el grado de acuerdo que tenga con cada una de ellas.

El número indica el grado de acuerdo que tiene con cada enunciado. Por lo que si elige el número 1, refiere que está totalmente en desacuerdo con la afirmación, mientras que el número 5, que es el más grande, indica que está totalmente de acuerdo con lo que indica la afirmación.

Ejemplo:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me gustan los chocolates	1	②	3	4	5

En este ejemplo se marcó el número 2 que indica que está en desacuerdo con la afirmación pero no totalmente en desacuerdo como lo indica el número 1. Si hubiera elegido en este ejemplo el número 5 quiere decir que está totalmente de acuerdo con la afirmación, es decir que le gustan los chocolates.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Las mujeres tienen que ser protegidas.	1	2	3	4	5
2. Está bien que las niñas jueguen a las luchitas.	1	2	3	4	5
3. Las niñas sufren más en su vida que los niños.	1	2	3	4	5
4. Nunca se debe dudar de la palabra de una madre,	1	2	3	4	5
5. Algunas veces, una hija debe de obedecer a su madre.	1	2	3	4	5
6. La mayoría de los hombres mexicanos se sienten superiores a las mujeres.	1	2	3	4	5
7. Los hombres deberían ser más justos con su pareja.	1	2	3	4	5
8. Algunas veces, un hijo NO debe respetar a sus padres.	1	2	3	4	5
9. Está bien que los niños jueguen con muñecas.	1	2	3	4	5
10. Nunca se debe dudar de la palabra de un padre.	1	2	3	4	5
11. Todos los niños deben tener confianza en sí mismos.	1	2	3	4	5
12. Un hijo nunca debe poner en duda las órdenes de un padre.	1	2	3	4	5
13. Los hombres deben ser agresivos.	1	2	3	4	5
14. La mujer debe ser dócil.	1	2	3	4	5
15. La madre es la persona más querida en el mundo.	1	2	3	4	5
16. Algunas veces una hija NO debe respetar a sus padres.	1	2	3	4	5
17. Está bien que una mujer tome alcohol en un lugar público.	1	2	3	4	5
18. Las madres mexicanas son muy sacrificadas.	1	2	3	4	5

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Todo niño debe probar su hombría.	1	2	3	4	5
20. Los hombres son más inteligentes que las mujeres.	1	2	3	4	5
21. Es vergonzoso tener un hijo homosexual.	1	2	3	4	5
22. Los hombres son mejores proveedores que las mujeres.	1	2	3	4	5
23. La mujer tiene derecho de interrumpir su embarazo, si así lo decide.	1	2	3	4	5
24. La mujer y el hombre deben compartir los gastos de la casa.	1	2	3	4	5
25. La mujer sólo debe usar anticonceptivos, si el hombre lo acepta.	1	2	3	4	5
26. Los hombres NO deben permitir que sus esposas trabajen.	1	2	3	4	5
27. El que la mujer trabaje promueve la desintegración de la familia.	1	2	3	4	5
28. La mujer debe respetar la decisión del hombre de NO usar condón.	1	2	3	4	5
29. La homosexualidad es sinónimo de deshonor.	1	2	3	4	5
30. En la pareja, los compromisos implican responsabilidades.	1	2	3	4	5
31. Dos para quererse deben parecerse.	1	2	3	4	5
32. La mujer se debe sacrificar por los hijos.	1	2	3	4	5
33. NO poder llegar a acuerdos siempre provoca conflictos de pareja.	1	2	3	4	5
34. Un hijo debe siempre obedecer a sus padres.	1	2	3	4	5
35. Cuando las parejas se alejan, es porque ya no se aman.	1	2	3	4	5
36. El conflicto de pareja disminuye el deseo de estar con ella.	1	2	3	4	5
37. El amor se escribe con llanto.	1	2	3	4	5
38. La obligación de la mujer es mantener unida la familia.	1	2	3	4	5
39. La pasión es pasajera.	1	2	3	4	5
40. Ante la separación de la pareja, generalmente se siente tristeza.	1	2	3	4	5
41. Cuando el amor NO es correspondido se sufre.	1	2	3	4	5
42. La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los enfermos.	1	2	3	4	5
43. Una madre es más cariñosa que un padre	1	2	3	4	5
44. Un hombre es menos sensible que una mujer.	1	2	3	4	5
45. La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.	1	2	3	4	5
46. Una buena mujer debe atender a su pareja.	1	2	3	4	5
47. Los hijos y las hijas son mejor educados(as) por una madre que por un padre.	1	2	3	4	5
48. El hombre debe proteger a la familia.	1	2	3	4	5
49. Una hija debe siempre obedecer a sus padres.	1	2	3	4	5
50. En el amor, debe haber entrega sin medida.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado **en la última semana incluyendo hoy:**

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Acalorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Se ha sentido con temblor en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Incapaz de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Inestable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Con temor a morir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Con miedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Con rubor facial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIONES: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión en la última semana incluyendo hoy:

1. Tristeza	a. No me siento triste. b. Me siento triste. c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza. d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo
2. Pesimismo	a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro. b. Me siento desanimado con respecto al futuro. c. Siento que no tengo nada que esperar. d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. Fracaso	a. No creo que sea un fracaso. b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal. c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos. d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. Pérdida de placer	a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo. c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada. d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. Culpa	a. No me siento especialmente culpable. b. No me siento culpable una buena parte del tiempo. c. Me siento culpable casi siempre. d. Me siento culpable siempre.
6. Castigo	a. No creo que este siendo castigado. b. Creo que puedo ser castigado. c. Espero ser castigado. d. Creo que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción	a. No me siento decepcionado de mí mismo. b. Me he decepcionado a mí mismo. c. Estoy disgustado conmigo mismo. d. Me odio.
8. Autocritica	a. No creo ser peor que los demás. b. Me critico por mis debilidades o errores. c. Me culpo siempre por mis errores. d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9. Pensamiento de suicidio	a. No pienso en matarme. b. Pienso en matarme, pero no lo haría. c. Me gustaría matarme. d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. Llanto	a. No lloro más de lo de costumbre. b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer. c. Ahora lloro todo el tiempo. d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. Agitación	a. Las cosas no me irritan más que de costumbre. b. Las cosas me irritan más que de costumbre c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo. d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. Perdida del interés	a. No he perdido el interés por otras cosas. b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre. c. He perdido casi todo el interés por otras personas. d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. Indecisión	a. Tomo decisiones casi siempre. b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre. c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes. d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. Inutilidad	a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre. b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos. c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo. d. Creo que me veo feo.
15. Debilidad, flojera	a. Puedo trabajar tan bien como antes. b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo. c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. d. No puedo trabajar en absoluto.
16. Cambios en el sueño	a. Puedo dormir tan bien como antes. b. No puedo dormir tan bien como solía. c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir. d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. Irritabilidad	a. No me enojo más que de costumbre. b. Me enojo más fácilmente que de costumbre. c. Me enojo casi todo el tiempo. d. Me enojo todo el tiempo.
18. Cambios en el apetito	a. Mi apetito no es peor que de costumbre. b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser. c. Mi apetito esta mucho peor ahora. d. Ya no tengo apetito.
19. Dificultad en la concentración	a. Me puedo concentrar igual que de costumbre. b. Mi concentración no es tan buena como solía ser. c. Me es difícil mantenerme enfocado en algo por mucho tiempo. d. Ya no me concentro en nada.
20. Cansancio o fatiga	a. No me canso más que de costumbre. b. Me canso más fácilmente que de costumbre.

	c. Me canso sin hacer nada. d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
21. Pérdida de interés en el sexo	a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar. c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. d. He perdido por completo el interés en el sexo.

¡¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!

12.4. Batería para personas con Diabetes Tipo 2

I. Datos Generales	Folio: _____ D
Nombre: _____	

Fecha de nacimiento [día / mes / año] Edad: _____ Sexo: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Tiempo de evolución de la enfermedad: _____

II. Datos Sociodemográficos

Condición	Opciones				Código	
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Otro:	
Religión	Católica	Cristiana	Protestante	Ninguna	Otra:	
Vives con:	Papás	Familiares	Pareja o Hijos	Solo	Otra:	

INSTRUCCIONES: Las siguientes serán preguntas acerca de sus actividades para el autocuidado de su diabetes en los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo/a durante los últimos 7 días, por favor piense en 7 días consecutivos y anteriores en que estuvo bien de salud. Por favor conteste las preguntas honestamente y lo más preciso posible.

Alimentación	Número de días							
1. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, ha seguido un régimen alimenticio saludable?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. En promedio, durante el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS POR SEMANA ha seguido su régimen alimenticio?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS comió alimentos altos en grasa tales como carne roja o productos lácteos enteros?	0	1	2	3	4	5	6	7

Ejercicio	Número de días							
5. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, hizo por lo menos 30 minutos de actividad física diaria? (Minutos totales de actividad continua, incluyendo el caminar)	0	1	2	3	4	5	6	7
6. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, participó en una sesión específica de ejercicio (tal como nadar, caminar, andar en bicicleta) aparte de los quehaceres de la casa o la actividad en su trabajo?	0	1	2	3	4	5	6	7

Pruebas de azúcar en la sangre	Número de días							
7. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, se examinó su nivel de azúcar en la sangre?	0	1	2	3	4	5	6	7
8. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, se examinó su nivel de azúcar en la sangre el número de veces que su proveedor de salud le recomendó?	0	1	2	3	4	5	6	7

Cuidado de los pies	Número de días								
9. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, se revisó los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7	
10. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, inspeccionó la parte de adentro de sus zapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7	

Tabaquismo
Durante los últimos SIETE DÍAS ¿ha fumado algún cigarrillo (incluso una bocanada)?
0. No
1. Sí. Si es que sí, ¿cuántos cigarrillos fuma en promedio en un día? Número de cigarrillos:

Medicamentos	Número de días								
6A. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, ha tomado los medicamentos recomendados para su diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
7A. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, se ha puesto las inyecciones de insulina recomendadas?	0	1	2	3	4	5	6	7	
8A. ¿Cuántos días, durante los últimos SIETE DÍAS, ha tomado el número de pastillas recomendadas para su diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	

INSTRUCCIONES: A continuación le presentamos este cuestionario con el cual conoceremos la forma en que intenta solucionar los problemas que se le presentan cotidianamente. *Le recordamos que no existen respuestas buenas ni malas, por favor, conteste con sinceridad.* Para nosotros es importante que responda todas las preguntas. Si tiene alguna duda, hágala saber.

INSTRUCCIONES: En la siguiente página encontrará una lista de adjetivos; por favor, lea cada adjetivo y marque con un círculo el grado en que le describen. El número más pequeño refiere que ese adjetivo no le describe en absoluto, mientras que el número más grande indica que le describe muy fuertemente.

Ejemplo:

SOY	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1. Vanidoso (a)	0	1	2	3	4

En el ejemplo anterior si la persona selecciona el número 4, implica que este adjetivo le describe muchísimo en cambio, si seleccionara el número 0 es que no le describe en nada. Se puede seleccionar alguno de los números intermedios, para indicar el grado en que le describe cada adjetivo.

SOY	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
2. Cumplido	0	1	2	3	4
3. Cooperador	0	1	2	3	4
4. Hostil	0	1	2	3	4
5. Violento	0	1	2	3	4
6. Responsable	0	1	2	3	4
7. Competente	0	1	2	3	4
8. Sentimental	0	1	2	3	4
9. Agresivo	0	1	2	3	4
10. Antipático	0	1	2	3	4
11. Romántico	0	1	2	3	4
12. Grosero	0	1	2	3	4
13. Influyente	0	1	2	3	4
14. Activo	0	1	2	3	4
15. Abusivo	0	1	2	3	4
16. Quejumbroso	0	1	2	3	4
17. Ingenuo	0	1	2	3	4
18. Vengativo	0	1	2	3	4
19. Tierno	0	1	2	3	4

SOY	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
20. Descortés	0	1	2	3	4
21. Infantil	0	1	2	3	4
22. Cariñoso	0	1	2	3	4
23. Dominante	0	1	2	3	4
24. Desagradecido	0	1	2	3	4
25. Indeciso	0	1	2	3	4
26. Amoroso	0	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: A continuación hay una serie de enunciados y opiniones relacionadas con la familia mexicana. Favor de leer cada una y marcar con un círculo el grado de acuerdo que tenga con cada una de ellas.

El número indica el grado de acuerdo que tiene con cada enunciado. Por lo que si elige el número 1, refiere que está totalmente en desacuerdo con la afirmación, mientras que el número 5, que es el más grande, indica que está totalmente de acuerdo con lo que indica la afirmación.

Ejemplo:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2. Me gustan los chocolates	1	②	3	4	5

En este ejemplo se marcó el número 2 que indica que está en desacuerdo con la afirmación pero no totalmente en desacuerdo como lo indica el número 1. Si hubiera elegido en este ejemplo el número 5 quiere decir que está totalmente de acuerdo con la afirmación, es decir que le gustan los chocolates.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Las mujeres tienen que ser protegidas.	1	2	3	4	5
2. Está bien que las niñas jueguen a las luchitas.	1	2	3	4	5
3. Las niñas sufren más en su vida que los niños.	1	2	3	4	5
4. Nunca se debe dudar de la palabra de una madre,	1	2	3	4	5
5. Algunas veces, una hija debe de obedecer a su madre.	1	2	3	4	5
6. La mayoría de los hombres mexicanos se sienten superiores a las mujeres.	1	2	3	4	5
7. Los hombres deberían ser más justos con su pareja.	1	2	3	4	5
8. Algunas veces, un hijo NO debe respetar a sus padres.	1	2	3	4	5
9. Está bien que los niños jueguen con muñecas.	1	2	3	4	5
10. Nunca se debe dudar de la palabra de un padre.	1	2	3	4	5
11. Todos los niños deben tener confianza en sí mismos.	1	2	3	4	5
12. Un hijo nunca debe poner en duda las órdenes de un padre.	1	2	3	4	5
13. Los hombres deben ser agresivos.	1	2	3	4	5
14. La mujer debe ser dócil.	1	2	3	4	5
15. La madre es la persona más querida en el mundo.	1	2	3	4	5
16. Algunas veces una hija NO debe respetar a sus padres.	1	2	3	4	5

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Está bien que una mujer tome alcohol en un lugar público.	1	2	3	4	5
18. Las madres mexicanas son muy sacrificadas.	1	2	3	4	5
19. Todo niño debe probar su hombría.	1	2	3	4	5
20. Los hombres son más inteligentes que las mujeres.	1	2	3	4	5
21. Es vergonzoso tener un hijo homosexual.	1	2	3	4	5
22. Los hombres son mejores proveedores que las mujeres.	1	2	3	4	5
23. La mujer tiene derecho de interrumpir su embarazo, si así lo decide.	1	2	3	4	5
24. La mujer y el hombre deben compartir los gastos de la casa.	1	2	3	4	5
25. La mujer sólo debe usar anticonceptivos, si el hombre lo acepta.	1	2	3	4	5
26. Los hombres NO deben permitir que sus esposas trabajen.	1	2	3	4	5
27. El que la mujer trabaje promueve la desintegración de la familia.	1	2	3	4	5
28. La mujer debe respetar la decisión del hombre de NO usar condón.	1	2	3	4	5
29. La homosexualidad es sinónimo de deshonra.	1	2	3	4	5
30. En la pareja, los compromisos implican responsabilidades.	1	2	3	4	5
31. Dos para quererse deben parecerse.	1	2	3	4	5
32. La mujer se debe sacrificar por los hijos.	1	2	3	4	5
33. NO poder llegar a acuerdos siempre provoca conflictos de pareja.	1	2	3	4	5
34. Un hijo debe siempre obedecer a sus padres.	1	2	3	4	5
35. Cuando las parejas se alejan, es porque ya no se aman.	1	2	3	4	5
36. El conflicto de pareja disminuye el deseo de estar con ella.	1	2	3	4	5
37. El amor se escribe con llanto.	1	2	3	4	5
38. La obligación de la mujer es mantener unida la familia.	1	2	3	4	5
39. La pasión es pasajera.	1	2	3	4	5
40. Ante la separación de la pareja, generalmente se siente tristeza.	1	2	3	4	5
41. Cuando el amor NO es correspondido se sufre.	1	2	3	4	5
42. La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los enfermos.	1	2	3	4	5
43. Una madre es más cariñosa que un padre	1	2	3	4	5
44. Un hombre es menos sensible que una mujer.	1	2	3	4	5
45. La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.	1	2	3	4	5
46. Una buena mujer debe atender a su pareja.	1	2	3	4	5
47. Los hijos y las hijas son mejor educados(as) por una madre que por un padre.	1	2	3	4	5
48. El hombre debe proteger a la familia.	1	2	3	4	5
49. Una hija debe siempre obedecer a sus padres.	1	2	3	4	5
50. En el amor, debe haber entrega sin medida.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado **en la última semana incluyendo hoy:**

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Acalorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Se ha sentido con temblor en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Incapaz de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Inestable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Con temor a morir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Con miedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Con rubor facial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

!!!MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!