



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
CON DIABETES TIPO 2: UN
ESTUDIO EXPLORATORIO**

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

JESÚS JAVIER HIGAREDA SÁNCHEZ

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA**



**UAEH
ICSA**

Pachuca de Soto, Hidalgo, 2012.

Agradecimientos

- ❖ A mi escuela la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo UAEH que me permitió formar parte de la plantilla de alumnos de la generación 2007-2011.
- ❖ A mis padres, hermanos, sobrinos y familia por brindarme apoyo y cariño durante las diferentes etapas de mi vida.
- ❖ A mi maestro y amigo Dr. Arturo Del Castillo Arreola por la confianza y el apoyo durante mi formación profesional.
- ❖ A la Doctora Angélica Romero Palencia quien me brindó su amistad y cariño durante los momentos más cruciales de éste proceso.
- ❖ A la Doctora Gloria Solano Solano por su amistad incondicional y por brindarme la oportunidad de aprender y crecer profesionalmente a su lado.
- ❖ A la Doctora Rebeca María Elena Guzmán Saldaña por sus sabias palabras cuando más las necesité.
- ❖ Al Doctor Rubén García Cruz quien me brindó su amistad y conocimientos al inicio del proyecto.
- ❖ A mis amigos del proyecto del Arenal Tania, Óscar, Adriana, Minerva, Sarah y todos aquellos que nos echaron la mano en la elaboración y desarrollo del proyecto.
- ❖ A mis amigos de la vida Oleg, Felipe, Antelina y Rodrigo por todas las buenas pláticas y consejos que nos hemos brindado a lo largo de 10 años de amistad.
- ❖ A mis amigos Angélica, Berenice, Luis, Monserrat, Lorena, Vicky, Ivonne, Betty y Alicia por estar al pendiente de mí en éste proceso.
- ❖ A mis señoras y señores del Arenal porque sin ellos éste proyecto no existiría.
- ❖ A todos ellos, GRACIAS.

Índice

Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
Capítulo 1. Diabetes	12
Epidemiología	12
Definición	14
Etiología	14
Factores de riesgo	14
Síntomas	15
Criterios diagnósticos	16
Complicaciones: crónicas y agudas	17
Clasificación	19
Tratamiento	20
Tratamiento farmacológico: hipoglucemiantes orales e insulinas	21
Educación en diabetes	22
Automanejo y diabetes: variables psicosociales	23
Modelos teóricos que explican el automanejo	26
Capítulo 2. Estrés y diabetes	30
Modelos del estrés: modelo del estrés con atención a la respuesta	31
Modelos del estrés focalizados en el estímulo	33
Modelo transaccional del estrés: la evaluación psicológica	35

Estrés y cambios fisiológicos	38
Estrés y emociones	39
Estrategias de afrontamiento	40
Funciones del afrontamiento	41
Resultados del afrontamiento	42
Afrontamiento focalizado en la emoción	42
Afrontamiento focalizado en el problema	43
Otros factores relacionados con el afrontamiento	44
Estudios que muestran la relación entre estrés y diabetes	47
Estudios cualitativos: estrés y diabetes	50
Diabetes y género	54
Justificación	55
Método	58
Planteamiento del problema	58
Objetivos de la investigación	58
Definición de variables	59
Participantes	60
Tipo de estudio	61
Instrumento	61
Procedimiento	64
Resultados	65
Discusión y conclusiones	95
Referencias	115

Índice de tablas

Tabla 1	Datos sociodemográficos de los pacientes	60
Tabla 2	Distribución de los principales estresores que experimenta una persona con diabetes	65
Tabla 3	Distribución de las respuestas psicofisiológicas ante los estresores	69
Tabla 4	Distribución de las respuestas emocionales ante estresores	72
Tabla 5	Principales estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante.	75
Tabla 6	Principales estrategias de afrontamiento centradas en el problema que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante.	79
Tabla 7	Situaciones estresantes con relación a su diabetes (pregunta elaborada después de explorar las situaciones estresantes en un primer momento).	83
Tabla 8	Distribución de las respuestas psicofisiológicas ante los estresores	85
Tabla 9	Distribución de las respuestas emocionales ante estresores con relación a la diabetes.	

Tabla 10	Principales estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante con relación a la diabetes	89
Tabla 11	Principales estrategias de afrontamiento centradas en el problema que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante con relación a la diabetes	90

Índice de figuras

Figura 1	Principales estresores con relación a la diabetes, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento	81
Figura 2	Principales estresores con relación a la diabetes, evaluaciones, respuesta y estrategias de afrontamiento	82
Figura 3	Principales estresores con relación a la diabetes, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento (segundo momento de la entrevista).	92

Índice de anexos

Anexo 1	Entrevista semiestructurada sobre situaciones estresantes en la vida diaria de una persona con diabetes tipo 2.	124
---------	---	-----

Resumen

La diabetes se ha convertido en un problema de salud mundial que afecta a millones de personas en el mundo. Los factores psicológicos son de vital importancia ya que se encuentran relacionados directamente con las conductas asociadas al autocuidado y al control de la glicemia. Uno de esos factores es el estrés, cuyas respuestas físicas y emocionales, así como las estrategias para afrontarlo han mostrado tener una importante relación con un adecuado autocuidado y control glicémico de las personas con esta enfermedad. El objetivo del presente estudio fue conocer cuáles son los principales eventos estresantes, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento al estrés de pacientes con diabetes tipo 2. Para medir estos factores se diseñó una entrevista semiestructurada cuyas respuestas fueron examinadas mediante un análisis de contenido utilizando el programa Atlas TI versión 5.0. Participaron 15 personas con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 de Hidalgo. Los resultados indican que los principales eventos estresantes son aquellos relacionados con la familia, la escasez del dinero y situaciones relacionadas con el trabajo. Las estrategias que con mayor frecuencia se presentan son aquellas centradas en la emoción, entre ellas: pedirle ayuda a Dios, platicar con otras personas y/o realizar actividades para evadir el problema. Los participantes utilizan con menor frecuencia estrategias centradas en el problema como buscar una solución directa al problema o buscar nueva información sobre el mismo. Los resultados de éste estudio permitirán el desarrollo de intervenciones psicológicas cuyo objetivo sea modificar niveles de estrés y estrategias de afrontamiento específicas para esta población.

Palabras clave: estrés, diabetes, afrontamiento.

Abstract

Diabetes has become a world health problem because it affects millions of persons. Psychological factors are vital because they are directly related to the self-control behaviors and glycemic control. One of these factors is stress, which physical and emotional responses and the strategies to cope with it, has shown an important relation with adequate self-management and glycemic control in persons with this disease. The objective of the present study was to explore the main topics, evaluations, responses and coping strategies about stress in patients with type 2 diabetes. To measure these factors a semi structured interview was designed, the answers were examined using content analysis with Atlas Ti software version 5.0. Fifteen persons with a positive diagnosis of type 2 diabetes, users of a first attention clinic of the health secretary of Hidalgo State participate in the project. Results indicate that the main events perceived as highly stressful are those related to family and daily living, money and work situations. The main strategies reported are those focusing on emotion, including: ask God for help, talk with other people and/or do activities to avoid the problem. Participants use in less frequency problem-focused strategies like looking for a direct solution to the problem or looking for new information about it. The results of this study allow to develop psychological interventions focused on changing levels of stress and specific coping strategies in this population.

Keywords: stress, diabetes, coping.

Introducción

Los cambios epidemiológicos que se han dado en México y en el mundo desde la década de los años cincuenta, han provocado la disminución en prevalencia e incidencia de los males infecciosos. Así mismo, los males crónico-degenerativos han tenido un aumento exponencial impactando en la calidad de vida de las últimas generaciones. Dentro de estos padecimientos se encuentra la diabetes, la cual es definida como un grupo heterogéneo de disturbios metabólicos que presentan en común hiperglucemia, resultante de la falla en la acción y/o en la secreción de insulina. La hiperglucemia crónica se asocia a daños a largo plazo, disfunciones y falla de órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (American Diabetes Association [ADA], 2011).

La prevalencia de la diabetes según datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2011 fue de 366 millones de personas con este padecimiento. En México datos de la Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2011) indican que 10.3 millones de personas tienen este padecimiento, esta cifra ha puesto a México en el lugar número 7 de la lista con población con diabetes.

La diabetes es un padecimiento que requiere de una serie de modificaciones en la conducta para lograr un control óptimo en la glicemia como son: seguir un tratamiento alimenticio y cuidar el peso corporal, monitorear los niveles de azúcar, llevar a cabo actividades físicas constantemente, atender a las indicaciones farmacológicas y realizarse chequeos médicos constantes, para lograr una mejora significativa en el control metabólico. Se trata de un tratamiento complejo, prolongado que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios a los que el paciente y su familia no están siempre preparados para desempeñar. Uno de los factores más importantes en la desestabilización del control metabólico de la enfermedad es la activación emocional en respuesta al estrés (Sánchez-Sosa, 2002).

La presente investigación se centró en el modelo de Lazarus y Folkman (1984), el cual incorpora la variable psicológica al proceso del estrés. Estos autores mencionan que, ante una situación estresante el individuo realiza una serie de evaluaciones entre su medio interno y el medio externo (Ogden, 2004). Así mismo mencionan que lo que genera una serie de respuestas tanto físicas como emocionales en el individuo es la percepción que se tiene sobre el evento y las habilidades que tiene para solucionar dichas exigencias (Lazarus

& Folkman, 1984; Marks et al., 2008). Una vez que las situaciones son evaluadas como estresantes, las estrategias de afrontamiento surgen para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991). Las cuales tienen la función de reducir las condiciones estresantes del ambiente, ajustar o tolerar los eventos negativos, mantener un equilibrio emocional así como una buena autoimagen y mantener buenas relaciones con los otros (Cohen & Lazarus, 1979). Estas estrategias se dividen en afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en el problema. Las primeras están encaminadas hacia las situaciones donde no hay nada por hacer y se requiere disminuir el grado de trastorno emocional y por otro lado las estrategias centradas en el problema encargadas de realizar una serie de estrategias para solucionar el problema que genera estrés (Lazarus & Folkman, 1991).

Se han desarrollado investigaciones a nivel mundial y nacional que evalúan las situaciones estresantes con relación al tratamiento a la diabetes, sin embargo se cuentan con pocos estudios desde la investigación cualitativa que hayan estudiado el modelo transaccional de Lazarus en función de las situaciones evaluadas como estresantes con o sin relación a la diabetes. Este tipo de metodología permite analizar en profundidad las interacciones que las personas tienen con su entorno y es usada para encontrar las motivaciones y razonamientos de las personas ante determinados fenómenos sociales que requieren de un detallado análisis (Pita-Hernández & Pértegas-Díaz, 2002).

A razón de esto, el objetivo de la presente investigación fue la de estudiar el proceso del estrés y las principales estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo.

El documento se divide en tres capítulos el primero de ellos brinda un panorama completo sobre la diabetes, desde la etiología, tratamiento y autocuidado. El segundo brinda un amplio marco sobre el estrés, cómo se ha estudiado a lo largo del tiempo, su relación con la diabetes y los estudios mundiales y nacionales previos donde se ha estudiado el estrés en relación al padecimiento. Los siguientes capítulos engloban la descripción del método, el análisis de los resultados, así como la discusión y conclusiones generales del mismo.

Capítulo 1. Diabetes

El perfil epidemiológico de México y el mundo, se caracteriza por la disminución estadística de las enfermedades infecciosas y la alta prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, siendo los países de occidente los que presentan esta característica principalmente. Una de estas enfermedades que más afecta a la población es la diabetes, considerada como un problema grave de salud pública mundial, ya que ha tenido un aumento considerable en el número de personas que la padecen. La diabetes y sus comorbilidades constituyen actualmente la principal causa de preocupación para los sistemas de salud, ya que para su control se requiere de una intervención especializada con enfoque multidisciplinario, que proporcione a la población un tratamiento integral, que incluye: exámenes de laboratorio, fármacos, alimentación equilibrada, ejercicio físico, automonitoreo de niveles de glucosa y lípidos, entre otros cuidados. Lo que se traducen en gastos económicos excesivos para la persona, su familia y para el sistema de salud. (Secretaría de Salud Hidalgo [SSH], 2010).

Epidemiología

Desde la mitad del siglo pasado el hombre se ha enfrentado a enfermedades agudas y crónicas, que han puesto en jaque su existencia, siendo la diabetes la más frecuente de este tipo de padecimientos, ya que su génesis parte de una serie de factores que pueden ser genéticos, ambientales y de elección respecto al estilo de vida. Diferentes procesos están implicados en el desarrollo de esta enfermedad, desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas así como fenómenos que ocasionan una deficiente secreción de insulina, todo ello ha contribuido a que el número de casos aumente, siendo principal causa

de muerte en personas de la sociedad del mundo actual. Los datos sobre la diabetes son alarmantes y de interés para todas las ciencias ya que el número de casos se han salido de control a raíz de la globalización; según datos de la FID en 2011 se registraron 366 millones de personas en el mundo con este padecimiento además de que para el año 2030 se espera que el número ascienda a 552 millones, así mismo el número de personas que aún no tienen diagnóstico ascendió a 183 millones, causando 4.6 millones de muertes en 2011.

En América Latina se han registrado datos importantes sobre esta pandemia, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) Latinoamérica está conformada por aproximadamente 500 millones de personas y se esperaba que para 2010 el número de personas con diabetes en esta parte del continente fuera de 15 millones y para 2020 se espera un aumento de 10 millones de casos nuevos.

La diabetes es el principal problema de salud pública en la mayoría de los países de occidente sobre todo en países latinoamericanos donde la prevalencia es alrededor de 10%. La misma característica se observa en los países asiáticos (Gómez, 2009 en Rosas, Lyra, & Cavalcanti).

Según la FMD (2011) los números reportados reflejan una situación alarmante sobre esta enfermedad, ya que se sabe que la diabetes es la principal causa de muerte en México. Estas proyecciones nos indican que 10.3 millones de personas tienen este padecimiento de los cuales se estima que 2 millones aún desconocen su diagnóstico, esta cifra ha puesto a México en el lugar número 7 de la lista con población enferma y se prevé que para 2030 México ocupe el lugar número 6 con 16.4 millones de personas con diabetes.

En el estado de Hidalgo, la Secretaría de Salud reportó en su informe de 2010 que, la diabetes tuvo un crecimiento alarmante del año 2000 al 2007 con un 40 a un 58.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, en tan solo 7 años se obtuvo un crecimiento

exponencial del 45%. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) en el estado se han registrado 263 mil casos de diabetes, impactando en el 7.1 % de la población, teniendo mayor presencia en mujeres indicando un 7.9% y en hombres se presentó en un aproximado de 5.9 %.

Definición

La diabetes se define como un grupo heterogéneo de disturbios metabólicos que presentan en común hiperglucemia, resultante de la falla en la acción y/o en la secreción de insulina, la hiperglucemia crónica se asocia a daños a largo plazo, disfunciones y falla de órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (ADA, 2011).

Etiología

La diabetes es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo necesita o bien los órganos blanco o diana han sufrido de daños metabólicos que impiden la adecuada captación de insulina. La insulina es una hormona que se encarga de transformar en energía los azúcares contenidos en los alimentos que consumimos, todo esto por medio del metabolismo de los hidratos de carbono (azúcares y las harinas). Si existe una falla en la insulina se produce un aumento excesivo de glucosa en la sangre lo que es conocido como hiperglucemia (ADA, 2011; Braunwald et al., 2006; Guerrero, 2006).

Factores de riesgo para desarrollar diabetes

Existen factores genéticos y medioambientales que tienen gran impacto en la diabetes, aunque actualmente la causa de la diabetes sigue siendo un misterio (FID, 2011):

- Sobrepeso u obesidad.
- Hábitos de alimentación inadecuados (consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono y grasa).
- Sedentarismo.
- Ser mayor de 40 años (el riesgo aumenta con la edad). Aunque recientemente se han presentado casos en niños y adolescentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).
- Tener familiares de primer grado con diabetes (mamá, papá, hermanos).
- Pertenecer a una población étnica de alto riesgo (mexicanos).
- Haber tenido diabetes gestacional.
- Haber tenido hijos con un peso mayor o igual a los 4.0 kg. al nacer.
- Presentar el hábito de fumar.
- Hipertensión (presión arterial mayor o igual a 130/85 mmHg).
- Colesterol HDL en hombres menor a 40 mg/dl y en mujeres menor a 50 mg/dl.
- Resistencia a la insulina.

Se ha demostrado que estos factores de riesgo desempeñan roles importantes para que la diabetes se desarrolle en las personas (ADA 2011; FID, 2011).

Síntomas

A raíz de esta serie de modificaciones que experimentan los cuerpos de las personas con diabetes sobrevienen los síntomas característicos de la misma como son: incremento en la micción (poliuria), incremento en la sensación de estar sediento (polidipsia), incremento en el apetito (polifagia), pérdida significativa de peso sin razón aparente, cansancio, pérdida del interés o falta de concentración, adormecimiento en manos o pies (parestesia), visión borrosa, incremento en la adquisición de infecciones, lenta curación de heridas, infecciones cutáneas crónicas entre otros (ADA 2011; FID, 2011).

Criterios diagnósticos

Para establecer un diagnóstico certero es necesario hacer una serie de estudios de laboratorio como son (ADA, 2011; FID; 2011):

- Glucemia 2 horas posprandial (glucosa en la sangre posterior a la ingesta de un alimento o una carga de glucosa tomada), igual o mayor a 200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral.
- Glucemia en sangre igual o mayor de 200 mg/dl, a cualquier hora del día (casual) con presencia de síntomas clásicos de la diabetes como poliuria, polidipsia, pérdida de peso y polifagia.
- Personas que presentan glucosuria (azúcar o glucosa en la orina) con síntomas o medición de glucosa inicial mayor a 125 mg/dl.
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c): La hemoglobina glucosilada proporciona un diagnóstico más exacto que los test actuales, ya que mide la glucemia promedio del paciente en los últimos tres meses (ADA, 2011; FID; 2011).

Complicaciones crónicas y agudas de la diabetes

Los diferentes tipos de diabetes traen consigo complicaciones de tipo crónico que se desarrollan a la par del padecimiento. Las complicaciones son las siguientes (FID, 2011):

- Enfermedad cardiovascular o cardiopatía: afecta al corazón y a los vasos sanguíneos puede causar complicaciones mortales como la enfermedad cardíaca coronaria (que conduce a un ataque al corazón o infarto), además de poder llevara la persona al derrame cerebral o Evento Vascular Cerebral (EVC).
- Nefropatía diabética: la diabetes es una causa cada vez más importante de insuficiencia renal, y de hecho se ha convertido en la causa más común de enfermedad renal en etapa terminal.
- Neuropatía diabética (NPD): en última instancia, puede conducir a la ulceración y amputación de los dedos de los pies, los pies y las extremidades inferiores. La pérdida de sensibilidad es un riesgo particular de esta complicación crónica ya que puede permitir que las lesiones del pie no se perciban, dando lugar a infecciones graves y en el último de los casos la amputación (Hernández, Tejidor, Segura & Pila, 1991).
- Retinopatía diabética: se caracteriza por el daño a la retina del ojo que puede conducir a la pérdida de la visión (Chew, 2003).

Estas complicaciones se relacionan y por lo regular si se presenta una pueden presentarse varias al mismo tiempo (ADA, 2011; FID, 2011).

Las complicaciones agudas más importantes en la diabetes son la cetoacidosis diabética, el coma hiperosmolar o estado hiperosmolar no cetósico (causado por hiperglucemia) y la hipoglucemia (ADA, 2011).

- Cetoacidosis diabética: se presenta cuando existe un déficit importante en la actividad insulínica y se caracteriza por la presencia de deshidratación, hiperglucemia y acidosis metabólica con o sin alteración de la conciencia. Sin la insulina, el organismo no puede utilizar la glucosa como alimento para las células y comienza a descomponer las grasas (lípidos) para utilizarlas como energía, cuando se descomponen las grasas se producen cuerpos residuales denominados cuerpos cetónicos (ADA, 2011; Figueroa, 2003; Solano & Madrigal, 2009).
- Estado hiperosmolar no cetósico causado por hiperglucemia: ésta es una enfermedad grave que se presenta mayormente en las personas mayores. Generalmente es causada por una enfermedad o infección. En esta complicación los niveles de azúcar suben y el cuerpo trata de deshacerse del exceso de azúcar por medio de la orina en un primer momento, hasta que es más frecuente. Más adelante es posible que la orina se torne oscura y comience la deshidratación. Si esta complicación continúa, la deshidratación grave dará lugar a convulsiones, coma y finalmente la muerte. Se caracteriza por un aumento en la glucosa de por arriba de 600 mg/dl, boca reseca además de la piel caliente que no suda, confusión y pérdida de la visión (ADA, 2011; FMD, 2011).
- Hipoglucemia: es otra condición aguda que se caracteriza por la baja en los niveles de glucosa plasmática que puede presentarse en personas con diabetes que llevan un tratamiento con insulina, antidiabéticos orales o aquellas personas que abusan del ejercicio, exceso en la dosis de fármacos para tratamiento de diabetes, consumo de alcohol, inanición y consumo insuficiente de hidratos de

carbono. Los signos y síntomas dependen de la gravedad de la hipoglucemia (leve, moderada, grave). Los síntomas desaparecen después de la administración de un hidrato de carbono simple (azúcar) (Grande, et al, 1998; Solano & Madrigal, 2009).

Clasificación

Como ya se señaló anteriormente existen diferentes tipos de diabetes los cuales son:

Diabetes tipo 1 (DT1): Se caracteriza por la producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de insulina. La causa de la diabetes tipo 1 no se conoce y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Además sólo el 5% de las personas con diabetes tienen esta forma de la enfermedad. En este tipo de diabetes, más del 50% de las células beta del páncreas (células encargadas de producir la insulina) han sido destruidas por procesos autoinmunitarios (FMD, 2011; OMS, 2011).

Diabetes tipo 2 (DT2): La diabetes tipo 2 comprende el 90% de las personas con diabetes en todo el mundo. El diagnóstico, en la mayoría de los casos se realiza a partir de los 40 años de edad. En este tipo de diabetes, el cuerpo no produce suficiente insulina o los órganos blanco o diana han desarrollado resistencia a la insulina, la cual es una hormona necesaria para que el cuerpo pueda utilizar la glucosa de los alimentos y así tener energía. Cuando la glucosa se acumula en la sangre y no es usada por las células se puede conducir a complicaciones de la diabetes (ADA, 2011; OMS, 2011).

Diabetes gestacional (DG): Es una forma de diabetes que consiste en los altos niveles de glucosa en la sangre durante el embarazo. Se desarrolla en uno de cada 25 embarazos en todo el mundo y se asocia con complicaciones en el período inmediatamente antes y después del nacimiento. Este tipo de diabetes generalmente desaparece después del

embarazo. Estas mujeres tienen una probabilidad de entre 20% y un 50% de desarrollar diabetes en los 5 a 10 años siguientes (ADA, 2011).

Otros tipos de diabetes: en esta clasificación de la diabetes se observan diferentes etiologías, son parte de ella los subgrupos: defectos genéticos de las células beta pancreáticas y en la acción insulínica, enfermedades del páncreas exocrino derivadas de endocrinopatía, en consecuencia del uso de drogas/toxicas hiperglucemiantes, por infecciones, diabetes relacionado a formas raras de autoinmunidad y otros síndromes genéticos eventualmente relacionados con la diabetes (Guzmán, Lyra, & Cavalcanti, 2009).

Tratamiento para la diabetes

Los niveles que una persona debe de mantener varían dependiendo cada organización experta en el tema de la diabetes, a fin de tener una referencia segura los que se dan a conocer son brindados por la ADA (2011). Los niveles de una persona que tiene diabetes son los siguientes:

- Hemoglobina glucosilada: < 7.0%
- Glucosa plasmática preprandial (antes de los alimentos): 70-130 mg/dl
- Glucosa plasmática posprandial (después de los alimentos): <180 mg/dl

Estos niveles se deben de lograr por medio de estrategias que deben llevarse a cabo todos los días por medio de una serie de pasas que juntos pueden reducir los niveles fuera de control. Estas estrategias según la FID (2011) son:

Mantener una actividad física moderada de por lo menos 30 minutos al día. La pérdida de peso es fundamental ya que reduce la resistencia de la insulina, es importante procurar un peso saludable. Mantener una alimentación saludable procurando el consumo

de frutas y verduras, reduciendo el consumo de azúcares y grasas saturadas además de limitar el consumo de alcohol. Evitar el consumo del tabaco ya que se relaciona con la aparición de complicaciones crónicas de la diabetes. El automonitoreo de la glucosa sanguínea. El tratamiento de la diabetes también incluye la toma de antidiabéticos orales así como el manejo de la enfermedad por medio de la insulina, todo lo anterior ayuda a mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos deseados lo cual se traduce en la prevención o en retraso en cuanto a la aparición de complicaciones crónicas que trae consigo la diabetes (ADA, 2011; FID, 2011).

Tratamiento farmacológico: hipoglucemiantes orales e insulinas

El tratamiento para el control glucémico abarca algunos medicamentos orales, según Barba, Mas, Miró y Vidal (2004) estos medicamentos se conocen como hipoglucemiantes orales debido al efecto que tienen sobre el organismo de la persona y la forma como se introducen en el cuerpo. Dentro de los medicamentos orales se encuentran las Sulfonilureas como la glibenclamida, cuya principal función es aumentar la secreción de insulina. Biguanidas como la metformina que aumenta la captación de la glucosa en el músculo esquelético. Tiazolidinadionas, que incrementan la captación de la glucosa mediada en el tejido adiposo. Inhibidores de la alfa glucosidasa: acarbosa y miglitol que actúan retrasando la absorción de los glúcidos de la dieta.

Otro tipo de medicamento son las insulinas que se usaban en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 sin embargo de igual manera se usa en el diagnóstico de diabetes tipo 2 cuya hiperglucemia no responde al tratamiento dietético y a los hipoglucemiantes orales (Barba, Mas, Miró & Vidal 2004).

La insulina es una proteína natural que es generada por el páncreas específicamente. En la diabetes tipo 1 el páncreas ya no produce insulina y se necesitan las inyecciones de esta hormona para que las células tengan energía y así realicen las funciones necesarias para la vida. Las personas con diabetes tipo 2 sí generan insulina pero no puede ser usada correctamente (ADA, 2011; FMD, 2011).

El tratamiento con insulina requiere de un adecuado control dietético, hasta la pérdida de peso mediante la actividad física regular, el tratamiento con insulina está orientado a mantener los niveles de glucosa en rangos normales y también a prevenir las complicaciones de la diabetes a largo plazo (Chávez, Hernández, Hernández & Soto, 2009).

Educación en diabetes

La educación sobre la enfermedad esta orientada hacia el empoderamiento de la enfermedad, ya que se encarga de desarrollar en las personas con diabetes las habilidades necesarias para la solución de problemas relacionados con su enfermedad. Esta asesoría incluye aspectos como manejo de la correcta alimentación, ejercicio y la intervención farmacológica. Al final las personas deben tener en claro las estrategias para ajustar la ingesta de comida, realizar ejercicio, conocer su plan farmacológico y monitorear sus niveles de glucosa con la finalidad de alcanzar metas y niveles de glicemia adecuados (ADA, 2011).

Como lo menciona el investigador de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) Sánchez-Sosa (2002) la diabetes es una enfermedad que incluye una serie de modificaciones en la conducta, como es: seguir un tratamiento alimenticio y cuidar el peso corporal, monitorear sus niveles de azúcar, llevar a cabo actividades físicas constantemente, atender a las indicaciones farmacológicas y realizarse chequeos médicos constantes.

Tratamiento complejo, prolongado que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios a los que el paciente y la familia no están siempre preparados para desempeñar. Uno de los factores más importantes en la desestabilización del control metabólico de la enfermedad es la activación emocional en respuesta al estrés que genera la enfermedad el cual se abordará de manera más profunda en los siguientes capítulos.

Automanejo y diabetes: variables psicosociales

Existen diversas posturas que buscan un mejor automanejo de la persona con diabetes, estas variables son de tipo psicosocial lo que quiere decir que están relacionadas con el individuo y con el medio en el que se desarrolla. Dentro del automanejo surgen las perspectivas de la teoría del aprendizaje social y la teoría ecológica, las cuáles tienen una serie de características que impactan en el buen automanejo de la enfermedad (Del Castillo & Martínez, 2010).

Las personas con diabetes requieren de nuevas conductas para poder controlar sus niveles de glucosa en sangre todos los días y durante toda su vida. De acuerdo con la ADA (2011), el paciente con diabetes tipo 2 debe de recibir una atención integral de varios profesionales de la salud, entre los que destacan: médico, nutriólogo, enfermeras, farmacéuticos y expertos en la salud mental o psicólogos, cuyo objetivo es el que la persona tenga un control óptimo sobre su glucosa y siga el tratamiento para mejorar su salud. Sin embargo para lograr estas metas es necesario que la persona modifique algunas conductas que van desde comer adecuadamente, realizar ejercicio, atender a las indicaciones farmacológicas, monitorear sus niveles de azúcar en sangre y en orina, realizar visitas constantemente a profesionales de la salud entre otras (Del Castillo & Reyes, 2010a).

Estas conductas no solo impactan sobre la persona que tiene diabetes sino a la par impacta en su familia quienes regularmente no están listos para afrontar dichas situaciones. Este tratamiento es relativamente complejo y prolongado el cual necesita de disciplina, planeación y adaptación a cambios por parte del paciente y de su familia los cuales no muchas veces están preparados para enfrentar. Partiendo de este dato los factores psicosociales son de suma importancia para que, las personas que viven con la diabetes sepan manejar su padecimiento de la mano de sus familias (Del Castillo & Reyes, 2010b).

El concepto de automanejo tiene su génesis en el modelo médico que se refiere a las conductas que la persona realiza en función de lo que dice el médico, esto en otras palabras sería: “hágalo como le digo” dejando como responsable al médico tratante, el cual estaba encargado del tratamiento y las metas por lograr, este modelo estaba adaptado a las demandas que las enfermedades infecciosas requerían (Del Castillo & Martínez, 2010).

Desde esta perspectiva Haynes, Taylor y Sackett en 1979 proponen la variable de cumplimiento la cual se puede definir como todas aquellas conductas del paciente que coinciden con la prescripción del equipo de salud. Estas conductas pueden ser el acudir a las citas con el médico, seguir una dieta, modificar estilos de vida, toma de medicación, etc. Este modelo recibe críticas debido a que muestra al paciente como una persona incapaz de tomar sus propias decisiones, haciendo necesario que siga fielmente estas indicaciones ya que de no hacerlo convierte al paciente en una persona no cumplidora de su tratamiento. Sin embargo han surgido nuevas propuestas que se adecúan a la problemática de controlar la glucemia y mejorar la calidad de vida del paciente con diabetes.

La adherencia o alianza terapéutica surge a raíz de la crítica al modelo de cumplimiento a fin de generar una relación más interactiva entre el profesional de la salud y el paciente. La adherencia terapéutica 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. Esta propuesta permite al paciente ser incluido en su tratamiento y al momento de no cumplir son las variables sociales y/o personales las que pudieran estar interviniendo en las metas que se han propuesto el equipo de salud y el paciente. El considerar a los pacientes como participantes activos de su propio cuidado facilita el proceso de autocuidado que en la diabetes es de suma importancia ya que en esta enfermedad el paciente tiene la responsabilidad de manejar de manera independiente su padecimiento (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012; Ferrer, 1995; Rodríguez-Marín 1995).

Los vocablos alianza, colaboración, cooperación, y adherencia le permiten un mayor involucramiento al paciente en la toma de las decisiones que impactan sobre su tratamiento y sobre su salud, que el paciente esté de acuerdo y que haya colaborado en la creación del mismo genera en el paciente mayor compromiso para llevar a cabo las intervenciones necesarias para cuidar su salud (Del Castillo & Reyes 2010b; Martín-Alfonso, 2004).

En el termino adherencia terapéutica están inmersas variables como la motivación, la colaboración, sus conocimientos y actitudes sobre su enfermedad y el tratamiento, el grado de amenaza que la enfermedad representa, variables de personalidad, entre otras. Este vocablo refiere que la persona es independiente inteligente, autónoma y desempeña un rol activo en las metas que se imponen el equipo de salud y él mismo haciéndolo responsable de su propia mejora (Granados & Gil, 2005; Luftey & Wishner, 1999).

Este modelo de adherencia fue cambiado por Johnson (1992) el cuál propone que dada la naturaleza multidimensional de concepto adherencia y dados los modelos ineficientes para explicar la variabilidad en las conductas del paciente es conveniente cambiar este concepto y los teóricos proponen seguir el modelo de Anderson (1985)

llamado empoderamiento en el cual el paciente es responsable del manejo diario de su diabetes y para que el paciente cumpla exitosamente su tratamiento éste se debe de ajustar a las metas, prioridades, estilo de vida y tipo de diabetes que cada paciente presenta (Anderson & Funnel, 2000; Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012).

Este enfoque se apoya de tres bases fundamentales en el manejo de las enfermedades crónicas los cuales son: elecciones, control y consecuencias. Las elecciones que realice la persona con diabetes diariamente son más determinantes para los resultados, que aquellas decisiones tomadas por los profesionales de la salud ya que una vez que la persona se retira a su hogar es el mismo paciente quien debe hacerse responsable sobre las conductas inmersas en su tratamiento como, tomar medicamentos, monitorear su glucosa, dieta, ejercicio, ya que poseen el derecho y la responsabilidad de llevar su tratamiento como mejor se acople a su estilo de vida (Funnel & Anderson, 2004; Rubín, Anderson & Funnel, 2002).

Otra propuesta para modificar el concepto de adherencia son los planteados por Johnson (1992) así como Glasgow, Wilson y McCaul (1985) los cuales dan a conocer que auto-cuidado y auto-manejo permiten describir las conductas que el paciente con diabetes lleva a cabo para el control de su enfermedad, estos términos son los usados por la Asociación Americana de Diabetes para dar a conocer que la educación es la base de un buen automanejo (ADA, 2011).

Modelos teóricos que explican el automanejo

Para brindar a los pacientes apoyo en la adquisición de habilidades para el automanejo de su diabetes y brindarle recursos de apoyo es necesario que el equipo de salud conozca los factores psicosociales involucrados en el desarrollo y manejo de su

diabetes, según la teoría del aprendizaje social relacionado con la diabetes parte del estudio de los mecanismos individuales que explican la conducta del paciente a fin de crear intervenciones que impacten en estas conductas, esto desde la medicina conductual la cual se refiere al campo de estudio que corresponde a la intersección de la metodología de análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica (Shapiro, 1988). Los tres componentes psicológicos involucrados en el automanejo de la diabetes son: las emociones, pensamientos y conductas, estos factores interactúan entre ellos a lo largo de la vida de la persona con diabetes.

Las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas impactando en la recuperación de la salud del paciente con diabetes, ya que las emociones frecuentes e intensas interactúan con la fisiología y pueden generar estados de debilidad y por otro lado las emociones pueden influir en la conducta impidiendo que estas personas lleven a cabo las acciones de autocuidado de la salud (Del Castillo, López & Fragoso 2009; Sánchez-Sosa, 2002).

Así mismo los pensamientos, ideas o creencias pueden influir en la conducta y en las emociones generando problemas para el automanejo de la diabetes, por ejemplo si el paciente percibe su enfermedad como algo terrible y catastrófico es probable que se siente incapaz de afrontarla, generando emociones de tristeza y angustia, que harán que el paciente difícilmente lleve a cabo las conductas de automanejo y por el contrario si la persona con diabetes no percibe su enfermedad como algo grave debido a la ausencia de síntomas podría no seguir su tratamiento y por lo tanto no tendría un buen automanejo, factores como: el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y el tratamiento, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad, de severidad de la enfermedad, la

autoeficacia y el control percibido sobre las conductas de salud, están ligados a la adherencia terapéutica (Bolaños & Sarría-Santamera, 2003; Sánchez-Sosa, 2002).

El segundo factor que contribuye al adecuado automanejo es la conducta instrumental que se refiere a toda actividad que sirve como instrumento al individuo para modificar su ambiente (interno o externo) y que trae consigo consecuencias específicas. Los pacientes con diabetes frecuentemente carecen de las habilidades y conductas específicas para manejar su enfermedad (monitoreo de glucosa, toma de medicamentos, ejercicio). Si los pacientes no llevan a cabo estas conductas, el tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente para llevar a cabo rutinas y actividades relacionadas con su tratamiento (Sánchez-Sosa, 2002).

Otro enfoque que impacta en el automanejo es el enfoque ecológico el cual parte de la idea de que el paciente es capaz de integrar las habilidades y sus elecciones con los servicios y apoyo que recibe del ambiente social en el que están inmersos como lo son la familia, amigos, ambiente laboral, organizaciones y cultura; el ambiente físico y político de vecindarios, comunidades y gobiernos. Estas variables impactan en el apoyo social de pares y de familiares, las características del grupo familiar entre las que destacan la comunicación y la cohesión familiar, la responsabilidad parental hacia los niños y adolescentes con diabetes tipo 1, la relación médico-paciente. Estas variables ambientales incluyen a los sistemas de salud, ciertas variables macroambientales; el ambiente escolar y laboral del paciente; factores culturales y programas comunitarios (McElroy, Bibeau & Steckler, 1988).

Entre las variables individuales que intervienen en el automanejo y los resultados de los pacientes con diabetes se encuentran: las creencias en salud, que involucran las creencias en autoeficacia; el locus de control y las evaluaciones de costo-beneficio; el

estudio en habilidades de afrontamiento al estrés; el análisis del desarrollo de trastornos psicológicos asociados a diabetes como la depresión, la ansiedad y los trastornos alimenticios, el malestar psicológico asociado o no a la diabetes, variables de personalidad como la ansiedad, rasgo, sexo y la edad (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012; Sánchez-Sosa, 2002).

La diabetes es un padecimiento de comienzo insidioso, que requiere de diferentes estrategias conductuales para que la glucosa se mantenga en niveles adecuados (ADA, 2011). Sin embargo diferentes variables interactúan para que las personas con diabetes no logren el control metabólico y esto se ve reflejado en el crecimiento exponencial de los casos de diabetes a nivel mundial. Variables como la edad, el sexo, el género, el locus de control y el estrés interactúan para que estas personas no generen conductas de autocuidado y automanejo y por consiguiente se presentan complicaciones agudas y crónicas, las cuáles impactan en la calidad de vida para quien presenta el padecimiento y para sus familias. Así mismo se producen costos elevados para los sistemas de salud, que de continuar con ésta dinámica, la calidad en la atención de la salud puede verse afectada. La variable estrés está ligada a las cuestiones implicadas en el autocuidado, ya que por un lado la persona puede percibir que su padecimiento es estresante, así mismo su tratamiento y las situaciones cotidianas a las que las personas son expuestas. Esta exposición a sucesos estresantes impacta en los niveles de glucosa, a lo que las personas desarrollan una serie de estrategias para controlar su glicemia y para controlar los sucesos estresantes de la vida diaria. La variable estrés se aborda de una manera detallada en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Estrés y Diabetes

Moscoso (1998) menciona que la palabra estrés ha sido tomada del latín y significa tensar o estirar (*stringere*), tiempo después se transformó al inglés como *strain* (tensión), término que se asocia a opresión, adversidad y dificultad. De igual manera fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. En el siglo XVIII el científico Hooke (en Hinkle, 1973) usa el término en cuestiones de física y ya durante el siglo XIX el término se asocia a la fuerza generada dentro del cuerpo como consecuencia de una fuerza externa que modifica la estructura del mismo, dando como resultado *strain* como aquella deformación sufrida por el objeto (Hinkle, 1977). Estos términos fueron usados desde el siglo XIX para describir la pérdida de la salud.

El término estrés es diferente para cada persona ya que por lo regular se asocia con situaciones estresantes que alteran la tranquilidad de las personas, como por ejemplo, dar un discurso ante público, tener problemas en el trabajo, tener una entrevista de trabajo, entre otros. Estas situaciones se encuentran relacionadas con un estresor externo, dejando de lado el componente psicológico que consigo lleva el estrés (Odgen, 2004).

En 1932 Cannon describe al estrés como un modelo donde el individuo se prepara para la lucha o para la huida, este estrés es generado por un agente externo que excita al individuo generando cambios fisiológicos que le permiten escapar o luchar ante la situación que generó esos cambios así mismo lo define como una alteración homeostática bajo condiciones extremas como el frío, pérdida de oxígeno y baja de azúcar además de que es de los primeros teóricos que argumentan que el estrés se puede medir. Las definiciones actuales del concepto estrés, distan de ser satisfactorias pero la gran mayoría confluye en que el estrés se presenta ante una amenaza ante la cual el organismo requiere de ciertos

mecanismos adaptativos que le permiten mantener un estado de homeostasis y así asegurar la supervivencia con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en que se encuentre el organismo (Day, 2005; Johnson, Kamilaris, Chrousos & Gold, 1992; McEwen, 2005).

Bernard (1959 en Grau, Hernández & Vera, 2005) introdujo el término de estrés para definir la lucha del sistema protector del individuo ante los cambios que el medio exterior produce. El estrés ocurre es cuando el sistema protector resulta deficiente ante tales cambios.

Brannon y Feist en 2001 proponen que el estrés ha sido estudiado desde diferentes perspectivas que van desde estímulo, como respuesta y como transacción esto desde la psicología.

Modelos del estrés: Modelo del estrés con atención en la respuesta

Este modelo propone que todos los sucesos estresantes generan en el cuerpo una activación que se asocia con patologías en el sistema cardiaco, inmunológico y psicológico. Según este modelo los sucesos estresantes pueden ser infinitos y existe una diferenciación en cuanto a qué es estresante y qué no lo es para los sujetos, este modelo trata de identificar la respuesta característica al estrés que ocurre sin importar cuál sea su naturaleza. El modelo hace énfasis en los mecanismos de vinculación entre el estrés y las enfermedades físicas como las cardiopatías y las infecciones virales (Marks et al., 2008).

Fue el médico Hans Selye (1956) quien logra identificar un fenómeno que ocurría en los pacientes que tenía a su cargo los cuales mostraban una serie de síntomas generalizados los cuales estudió y es así como desarrolla lo que él llamaba síndrome general de adaptación y señaló que el estrés era la respuesta inespecífica del organismo a

cualquier demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, describiendo tres etapas del curso que toma el estrés: la fase de alarma, de resistencia y de agotamiento.

La fase de alarma: en esta fase el sujeto percibe la situación estresante ya sea de tipo físico o psicológico e inicia el mecanismo de lucha o de huida, como consecuencia de este evento comienza la llamada activación psicofisiológica en la cual el cerebro activa la secreción de catecolaminas las cuales elevan los niveles de glucosa en la sangre, aceleran el ritmo cardiaco y aumentan la presión sanguínea en todo el cuerpo, además de liberar glucocorticoides los cuales actúan sobre la sangre desencadenando un efecto catabólico incrementando el potencial de energía en el organismo. Estas sustancias son inmunomoduladoras ya que intentan lograr la homeostasis en la persona que está sometida a un proceso de estrés, inhibiendo el funcionamiento de los sistemas que requieren de menor gasto energético y potenciando los sistemas que se requieren para comenzar la lucha o la huida (González & Escobar, 2006; Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004).

Fase de resistencia: el organismo regresa a sus funciones normales, los fenómenos fisiológicos presentados en la primera etapa tienden a desaparecer y la persona se enfila a afrontar la situación. Los factores que intervienen para que el sujeto afronte de una manera adecuada son la educación, salud física y mental, experiencias previas y el apoyo social el cual incluye familia, conyugue y amigos. Si la persona no resuelve de manera adecuada la situación estresante la persona pasa a la siguiente etapa (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004; Markenson, 2007).

Fase de agotamiento: la constante exposición al agente estresante o si el mismo estresor sobrepasa las posibilidades de afrontamiento de la persona tienen como resultado

esta fase en la cual la capacidad o resistencia al factor estresante se pierde, dando como resultado, enfermedad o muerte en algunos casos (Markenson, 2007).

Una de las principales críticas al modelo de Seyle fue elaborada por Mason (1971) quien afirmó que la reacción del cuerpo ante distintos estresores no puede ser la misma o no puede ser aplicada para todos los seres que experimentan estrés. Otra crítica al enfoque de Seyle es generada por Ogden (2004) ya que menciona que el modelo presenta una tendencia automática de estímulo-respuesta, y que pasa por alto la variabilidad individual y el factor psicológico el cual según Seyle (1956) es el mismo y es aplicado a todas las personas al momento de estar sometidos a estrés.

Modelos del estrés focalizados en el estímulo

Los modelos que explican el estrés enfocados en el estímulo parten del enfoque de la ingeniería de la elasticidad, donde el estrés es una fuerza que es aplicada a un objeto o una estructura ejerciendo tensión, dicha fuerza puede generar daños cuando se excede el límite elástico. Los teóricos proponen que el ser humano puede resistir cierta cantidad de presión al estrés pero una vez rebasado cierto nivel la persona tiende a enfermar. Los científicos interesados en este tipo de estrés han creado pruebas encaminadas en la evaluación del impacto del proceso en cuestión y la generación de ciertas enfermedades, además de la creación de estrategias para reducir el nivel de estrés que son producidos en el entorno físico y laboral del sujeto (Marks et al.2008).

Holmes y Rahe en 1967 desarrollan un instrumento cuya función es conocer las situaciones más estresantes de orden cotidiano por las que atraviesa una persona. Lograron identificar 43 sucesos que son percibidos como estresantes y crearon la escala de estimación de reajuste social (SRRS). Estos autores logran definir al estrés como un

estímulo o acontecimiento que altera el equilibrio homeostático de la persona bajo situaciones estresantes. Estos autores concluyen que todos los sucesos vitales son estresantes y generan estrés psicológico el cual es un factor importante en la aparición de trastornos y enfermedades. Estos sucesos requieren de un reajuste o un determinado cambio en la conducta de la persona (Sandín, 2003).

Casals (2005) identifica que los estresores se pueden clasificar en: físicos, psicológicos y sociales. Los físicos pueden ser: actividades corporales en los que el organismo debe poseer mayor energía para sostener el esfuerzo que exige la situación. Condicionamientos físicos que obligan a tener una reacción de estrés como el calor, frío estímulos ópticos etc. Y procesos corporales que generan estrés como las bacterias, virus, sustancias tóxicas en el organismo o sensaciones de dolor que le exigen al cuerpo una reacción general de acomodación (Lazarus & Folkman, 1991).

Los estresores psicológicos surgen de la activación generada por emociones como la frustración, ira, celos, miedo etc. O sociales que a su vez surgen de la interacción con las personas (Casals, 2005).

Los estresores de tipo biológico son considerados como estresores que generan cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo y finalmente los estresores psicosociales que se caracterizan por la valoración que cada persona le adjudica a la situación estresante (Everly, 1989).

Una crítica a este modelo de los eventos vitales es precisamente el hecho de que cada individuo presenta una lista individual sobre eventos estresantes por ejemplo, lo que para una persona, el divorcio puede considerarse sumamente estresante, para otra persona puede resultar una situación que le genera alivio. Según esta crítica al modelo se deben de

considerar, la deseabilidad del evento, el control sobre el evento y el grado de ajuste requerido después del evento (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012).

Así mismo el tiempo en que ocurrieron los eventos, por ejemplo una persona que desarrolla cáncer, dependiendo del tiempo de diagnóstico impactará en la percepción del mismo. La interacción entre eventos es otra variable que no es considerada en la lista de eventos estresantes.

Finalmente la crítica a, si el estresor es corto o es crónico como por ejemplo: enfermedades, estresores del vecindario, estresores financieros así como de trabajo, estresores relacionados con los hijos y con los amigos que implican estar bajo estrés constantemente (Ogden, 2004).

Los modelos de Cannon (1932) y Selye (1956) conceptualizan el estrés como una respuesta automática ante un estresor externo. Esta perspectiva se mantiene en el modelo de los eventos vitales, las cuales impactan en su estado de salud. Las críticas anteriores sugieren un enfoque diferente al estrés, un abordaje que incluye a un individuo que ya no es pasivo y que responde a situaciones estresantes e interactúa activamente con ellas. Este enfoque ofrece un papel principal a las variables psicológicas de un individuo y se resume en el modelo transaccional Lazarus y Folkman (1984) del estrés y su teoría de la evaluación psicológica (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012; Ogden, 2004).

Modelo Transaccional del estrés: la evaluación psicológica

Lazarus (1966) introdujo a su modelo de estrés la variable psicológica para explicar dicho proceso. Lazarus parte de la idea de que ante una situación estresante el individuo realiza una evaluación psicológica entre el medio externo y su medio interno (Ogden, 2004).

En el modelo transaccional del estrés los teóricos señalan que la aparición de este, depende de la percepción que el individuo tiene sobre un suceso estresante y las habilidades que tiene para superar dichas exigencias. Este modelo brinda un panorama más completo a diferencia del modelo de estímulo y respuesta, ya que toma en cuenta la percepción sobre el suceso el cual, depende de la persona y no solo de, si ocurre o no una situación que resulte en estrés (Lazarus, 2006).

Lazarus argumenta que en el proceso del estrés existe un componente psicológico el cual se presenta en forma de una evaluación entre el individuo y su mundo externo. La respuesta de estrés se genera si la persona aprecia un evento potencialmente estresante y lo evalúa como estresante. El modelo de evaluación psicológica de Lazarus, describe a las personas como seres humanos pensantes que realizan evaluaciones ante las situaciones del mundo externo, estas personas no sólo responden pasivamente o en automático a estas situaciones, sino que las enfrentan (Lazarus & Folkman, 1986).

Lazarus (2006) describe dos evaluaciones que realiza la persona: la evaluación primaria y la evaluación secundaria. De acuerdo con éste autor la primera comienza con el evento en sí, lo que llama evaluación primaria. Señala también que existen 4 tipos de evaluaciones dentro de esta primera evaluación los cuales son: 1) irrelevante, 2) benigno y positivo, 3) dañino y amenazante, 4) dañinos y desafiantes.

En la segunda evaluación Lazarus menciona que se evalúan los pros y los contras de las diferentes estrategias de afrontamiento. Lo que en otras palabras significa que dentro de la evaluación primaria se involucra la evaluación del mundo exterior y en la segunda se involucra una evaluación de sí mismos ante la situación desafiante. Según el modelo de Lazarus la respuesta de estrés puede tomar diferentes formas como: 1) acción directa, 2) búsqueda de información, 3) no hacer algo, 4) desarrollo de alguna estrategia enfocada a la

relajación o como mecanismo de defensa. El modelo de Lazarus implica una relación directa entre hombre y medio ambiente, donde el hombre no permanece pasivo ante los eventos del mundo exterior sino interactúa con él (Lazarus & Cohen, 1977).

El modelo transaccional ha tenido varias modificaciones pero fue Lazarus (1966) quien lo propuso por primera vez y fue desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), quienes definieron al estrés psicológico como la relación particular entre la persona y el entorno que la persona considera exigente o que supera sus recursos, poniendo así en peligro su existencia o bienestar.

La evaluación primaria y secundaria difieren una de otra en la medida de que la primera evalúa las consecuencias que conlleva la situación: ¿perjudica o beneficia y de qué forma lo hace?, si la situación se evalúa como benigna o irrelevante no se genera estrés, mas sin embargo si se evalúa como daño o pérdida, amenaza o reto, el estímulo o situación desencadena una respuesta emotiva y física. La evaluación secundaria está orientada hacia los recursos que pueden ser empleados para manejar el estímulo que fue evaluado como estresante, ¿qué es lo que puede hacerse? (Del Castillo, Martínez, García & Guzmán, 2012).

Lazarus y Folkman (1986) proponen que estas dos evaluaciones se complementan para determinar el grado de estrés ante un determinado estímulo, permitiéndole al individuo reevaluar la situación con base en la entrada de información nueva, así los eventos deben considerarse sobre la base del significado para la persona y si se cuenta con los recursos para hacerle frente a tal situación.

Lazarus y Cohen (1977) agrupan las situaciones estresantes en tres grandes grupos: 1) cambios mayores (como sucesos fuera de lo común relacionados a cataclismos que afectan a una gran cantidad de personas), 2) cambios mayores que afectan sólo a algunas

personas (la muerte de algún familiar, o el diagnóstico de una enfermedad grave), 3) los conflictos con los que se interactúa cotidianamente.

Algunos teóricos afirman que los conflictos con los que se interactúa cotidianamente suelen ser lo más importantes en el proceso de adaptación y mantenimiento de la salud (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982).

Lazarus (2006) propone que un evento debe de ser evaluado como estresante antes de que la respuesta estresante se genere. Hasta este punto se podría concluir que la naturaleza de los eventos estresantes es irrelevante, ya que todo recae sobre la percepción del individuo, sin embargo diferentes estudios han descubierto que algunos tipos de eventos tienen más posibilidades de generar una respuesta de estrés que otros, por ejemplo una persona evalúa las situaciones familiares estresantes y otra puede evaluar las situaciones orientadas al trabajo como más estresantes (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012).

Otro factor sería la sobrecarga de trabajo, donde la persona con sobrecarga debe de hacer múltiples evaluaciones a múltiples eventos que le ocurren al mismo tiempo. Otras situaciones son las llamadas situaciones ambiguas donde la persona no tiene claro control sobre la situación que está ocurriendo o que va a ocurrir y finalmente los eventos incontrolables a los que se somete la persona ya que por sus cualidades esos eventos resultan poco predecibles (Ogden, 2004).

Estrés y cambios fisiológicos

Los cambios fisiológicos en individuos que experimentan estrés han sido estudiados en el laboratorio bajo un ambiente controlado, incorporando una situación estresante al momento, como sería: realizar una prueba de inteligencia, dar un discurso que no fue

preparado previamente ante cierto número de personas, entre otros (Ogden, 2004). De este tipo de pruebas se han obtenido los siguientes resultados.

La activación simpática ocurre cuando un evento ha sido evaluado como estresante. Se desencadena una reacción en el sistema nervioso simpático, esto da como resultado la generación de catecolaminas como la noradrenalina (epinefrina o norepinefrina) que generan cambios en la presión sanguínea, frecuencia cardíaca, alteración en la sudoración, dilatación pupilar, todo esto se traduce a una sensación de excitación, este incremento de catecolaminas tiene efecto sobre una amplia gama de tejidos del cuerpo que conducen a cambios en la función inmune (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012).

Activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA): junto a la activación simpática el estrés genera cambios en sistema HPA. Esto se traduce en el incremento o la producción de glucocorticoides, de los cuales el más importante es el cortisol, el cual genera cambios en el metabolismo de hidratos de carbono y genera antiinflamatorios en el cuerpo. Estos cambios constituyen el efecto imperceptible del estrés experimentado durante un evento desencadenante, sin embargo no todas las personas tendrán la misma activación fisiológica debido a que todos los cuerpos son diferentes (Del Castillo, Martínez, García, & Guzmán, 2012; Ogden, 2004).

Estrés y emociones

Las primeras investigaciones acerca del estrés comenzaron después de las guerras mundiales, antes de dichos eventos el estrés no había sido estudiado. Estas investigaciones dieron como resultado la presencia de algunas emociones o algún desorden emocional que era generado por el estrés (Lazarus, 2006).

Algunas emociones que se presentan durante el proceso del estrés relacionadas con el malestar emocional como temor, ansiedad, excitación, cólera, depresión, miedo e ira entre otros (Solís & Vidal, 1999).

Otras emociones que se presentan en el proceso del estrés son las que Lazarus (2006) identificó como enojo, envidia, celos, ansiedad, miedo, culpa, pena, esperanza, depresión, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión. Estas emociones se presentan durante el proceso de afrontamiento, por eso que aparezcan emociones positivas.

Estrategias de afrontamiento

Cuando la persona es expuesta a una situación estresante realiza una serie de evaluaciones sobre dicha situación, por un lado está la evaluación primaria encaminada a analizar si el hecho tiene implicaciones positivas, negativas o neutras valorando las consecuencias presentes o futuras analizando también el daño o la pérdida que esta por ocurrir y una evaluación sobre el significado ante tal pérdida. En la valoración secundaria el sujeto analiza la capacidad de afrontamiento con las que cuenta para hacerle frente a la situación (Lazarus & Folkman, 1986).

Las estrategias de afrontamiento son definidas como: todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991).

Otra definición es la propuesta por Gard (1999) como un conjunto dinámico de respuestas cuya expresión se basa en las situaciones estresantes, ambientales y en los factores personales del individuo. El afrontamiento inicia una vez ocurridas las

evaluaciones sobre los eventos estresantes resultando en amenaza, pérdida o desafío (Folkman & Moskowitz, 2004).

El afrontamiento es un proceso que se activa ante un contexto, situación o condición que se evalúa como significativamente estresante y que supera los recursos personales del individuo para afrontar una situación (Lazarus & Folkman, 1984).

El afrontamiento es un proceso complejo donde interactúa el ambiente, sus demandas, los recursos con los que cuenta la persona, la personalidad y los recursos de afrontamiento. Así mismo es un proceso dentro del proceso mismo del estrés que incluye a la persona, el ambiente y la relación entre ambos (Folkman & Moskowitz, 2000).

Según Lazarus y Folkman (1991) el afrontamiento tiene dos características importantes: por un lado la función del afrontamiento que está encaminada al objetivo de cada estrategia y por otro lado el efecto que cada estrategia puede conseguir.

Funciones del Afrontamiento

Mechanic (1974) da a conocer tres funciones del afrontamiento como 1) afrontar demandas de tipo social, 2) generar motivación suficiente para lidiar con las demandas, 3) mantener un estado de equilibrio psicológico adecuado para concentrar y hacer buen uso de los recursos y la energía hacia la demanda.

Las funciones del afrontamiento están relacionadas con la toma de decisiones, específicamente con la búsqueda y la evaluación de la información. Así mismo están relacionadas con asegurar la información correcta sobre el ambiente, el mantenimiento de condiciones internas propicias para llevar a cabo acciones o procesar adecuadamente la información y mantener el control y la autonomía de los movimientos (Janis & Mann 1977; White, 1974).

Cohen y Lazarus (1979) proponen que las funciones del afrontamiento están encaminadas a: a) reducir las condiciones estresantes del ambiente, b) ajustar o tolerar los eventos negativos, c) mantener una autoimagen positiva, d) mantener un equilibrio emocional, e) mantener buenas relaciones con los otros.

Resultados del afrontamiento

Lazarus y Folkman (1991) propusieron que los resultados del afrontamiento están orientados a los efectos que cada estrategia posee, sin embargo se puede referir que una estrategia puede poseer una función determinada.

Son los mismos Lazarus y Folkman quienes en 1991 brindan la clasificación de afrontamiento dando a conocer los dos tipos de afrontamiento. El afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento focalizado en la emoción. Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción están encaminadas a surgir cuando hay una evaluación en la que no hay nada por hacerse para modificar las condiciones perjudiciales, amenazantes o desafiantes del medio ambiente. Mientras que las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema se presentan después de una evaluación en que las condiciones del medio son susceptibles al cambio.

Afrontamiento focalizado en la emoción

El afrontamiento focalizado a la emoción se conforma por procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, incluyendo estrategias como la evitación, el distanciamiento, la atención selectiva, comparaciones positivas, la minimización y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. Una minoría de estrategias de afrontamiento están encaminadas hacia aumentar el grado de

trastorno emocional ya que algunos sujetos necesitan sentirse mal antes que sentirse bien o mejor. Otra forma de afrontamiento encaminada a la emoción es la reevaluación la cual esta relacionada con la estrategia cognitiva que modifica la forma de vivir una situación sin cambiarla objetivamente Así mismo busca manejar o reducir los sentimientos producidos por el estrés (Lazarus & Folkman, 1991).

Afrontamiento focalizado en el problema

El afrontamiento centrado en el problema está compuesto por estrategias encaminadas a la solución del problema en cuestión, en la búsqueda de soluciones alternativas al problema, en el análisis de dichas alternativas tomando en cuenta el costo y beneficio y en su aplicación encaminada a la solución del mismo (Lazarus & Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1991) proponen dos tipos de estrategias de afrontamiento centradas en el problema: las estrategias dirigidas al entorno y las dirigidas al sujeto. Las primeras están orientadas a modificar las presiones laborales, los obstáculos y los procedimientos y las segundas están encaminadas a la modificación de cogniciones como las aspiraciones, la búsqueda de nuevas gratificaciones, el desarrollo de nuevas conductas o el nuevo aprendizaje de un proceso. Además identificaron un afrontamiento centrado en el significado en el cual las estrategias cognitivas son usadas para manejar el significado de la situación.

Algunos autores como Frydenberg y Lewis (1996) han señalado la importancia del afrontamiento de evitación que consiste en el afrontamiento de los problemas por medio de la evitación ya sea no prestándole atención o distrayéndose realizando actividades alternas,

sin embargo Chico (2002) propone que este tipo de afrontamiento parte del afrontamiento orientado en la emoción.

Las estrategias de afrontamiento son adecuadas cuando están acorde al estresor con el que se encuentran enfrentándose, así mismo las estrategias de afrontamiento son adaptativas cuando se ocupan las que están centradas en el problema y éste es cambiante y las centradas en la emoción cuando el problema no lo es (Heckman et al., 2001).

Otros factores relacionados con el afrontamiento

No todo depende de la percepción sobre el suceso estresante, también están de por medio los recursos con los que cuenta el sujeto para afrontar, Lazarus y Folkman (1986) hacen referencia de estos recursos que el individuo posee pero no son factores que contribuyen a la resistencia del estrés. Estos factores son:

Salud y energía: una persona que presente enfermedad y cansancio en su cuerpo tiene menos posibilidades de afrontar los problemas de manera adecuada, es más efectivo hacerle frente a alguna situación cuando uno se encuentra en un óptimo estado. Sin embargo existen casos donde las personas que presentan un estado de salud comprometido logran afrontar de manera positiva (Bulman & Wortman, 1977; Dimsdale, 1974).

Creencias positivas: los pensamientos sobre una situación específica tiene efecto en la persona si por ejemplo la persona tiene buena expectativa sobre un tratamiento médico, o si se cuenta con la capacidad mental y física para afrontar una problemática. Las personas que cuentan con creencias encaminadas al control personal tienden a sentir bienestar ya que se asocian a la sensación de dominio y confianza. Las creencias sobre el control de las situaciones fueron estudiadas por Rotter (1966) quien desarrolla la idea sobre el locus de control interno contra el locus de control externo, el locus de control interno está

encaminado a la creencia que los acontecimientos son contingentes a la conducta de cada persona lo que quiere decir que la conducta y sus causas van de la mano. Por otro lado, el locus de control externo se refiere a que los acontecimientos no son contingentes a la conducta de la persona sino por el contrario son causa del azar, la casualidad, o el destino. Las personas que presentan un locus de control interno tienden al afrontamiento centrado en el problema en cambio las personas que tienen a presentar un locus de control externo presentan estrategias de afrontamiento encaminadas a la emoción (Anderson, 1977; Strikland, 1978).

Habilidades sociales: este es un recurso de gran valía encaminada a la interacción humana y social, estas capacidades son usadas para comunicarse y actuar ante los demás de una forma socialmente adecuada, además de brindarle mayor control sobre la situación y sobre el manejo de sus interacciones sociales.

Técnicas para la resolución de problemas: son las habilidades para conocer más sobre la problemática, hacer análisis, predecir opciones que resultan útiles para obtener resultados orientados a solucionar el problema.

Apoyo Social: estudios realizados por Berkman y Smye en 1979 hacen hincapié en que contar con alguien o algunos que te puedan brindar apoyo emocional informativo o verdadera ayuda influye de manera positiva en el afrontamiento de las situaciones estresantes.

Recursos materiales: los recursos económicos forman parte del afrontamiento debido a que brindan un mejor acceso a servicios, que de no contar con el dinero no sería posible su acceso como lo señala Antonovsky en 1979 con el dinero se pueden adquirir bienes y servicios ya que existe una relación entre estatus económico y estrés.

Género: Otra de las variables que impacta en el afrontamiento al estrés es el género, el cuál es entendido como la construcción social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Así mismo se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas (OPS, 2009).

Se llama género al conjunto de atributos sociales que se asigna a las personas (formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas, su lugar en el mundo), según haya sido identificado como hombre o como mujer (sexo biológico). Estos atributos se construyen bajo la óptica de la sociedad, la época, el grupo social, lo que le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre o ser mujer. Ya sea en forma de lo que es masculino y lo que es femenino y los roles que cada sexo desempeña (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005).

Las investigaciones de género y afrontamiento, señalan que las mujeres desarrollan mayormente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como sería el pensamiento rumiativo, lo que significa pensar de manera repetitiva un problema para tratar de controlar la emoción surgida a raíz de un evento estresante, lo cual se encuentra asociado a mantener y desarrollar síntomas depresivos a diferencia de los hombres quienes desarrollan con mayor frecuencia estrategias emocionales activas como es hacer ejercicio o caminar (Li, DiGiuseppe & Froh, 2006).

Así mismo Carver, Scheier y Weintraub (1989) señalan que por lo regular los hombres suelen presentar afrontamientos centrados en la emoción como beber alcohol o consumir drogas a diferencia de las mujeres quienes suelen buscar apoyo social creando redes sociales más grandes en relación con los hombres (Billings & Moos, 1984).

Sin embargo otras investigaciones indican que hombres y mujeres afrontan de la misma manera ya que estas estrategias dependen de las habilidades cognitivas, género, estado físico de cada persona y situación social en la que se encuentra inmerso. Lo cual quiere decir que las estrategias de afrontamiento dependen de los estresores a los cuales cada sexo se encuentra expuesto según su género, por ejemplo, algunos hombres tendrán estresores relacionados con el trabajo y las mujeres tendrán relacionados con el cuidado de la familia, sin embargo en situaciones controladas y ante estresores similares, ambos sexos presentan las mismas estrategias de afrontamiento (Hamilton & Fagot; Holahan & Moos, 1985; Keller, 1988; Rosario et al., 1988).

Por ejemplo algunos modelos de salud suelen reforzar los estereotipos de género, al asignar a las mujeres el cuidado de los menores de edad y de pacientes que presentan alguna enfermedad, como si fuera condición única y natural de las mujeres el realizar cuidados primarios en salud o cuidador primario (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005).

Sin embargo estas creencias no han limitado el avance de la mujer en campos como por ejemplo el laboral. En la actualidad se observa que hombres y mujeres han distribuido tiempos en cuanto a la crianza de los hijos y el trabajo, sin embargo este intento de equilibrar las actividades familiares y laborales ha sido lento y las mujeres aún invierten más tiempo en las tareas del hogar y la crianza de los hijos en comparación de los hombres (Rivera-Aragón, Cruz-Del Castillo, & Díaz-Loving, 2006).

Estudios que muestran la relación entre estrés y diabetes

El estrés se puede identificar en las personas que tienen alguna afección crónica ya que el presentarla conlleva a un deterioro progresivo de la salud y su calidad de vida, ya

que en las sociedades modernas se ha otorgado un valor elevado a la salud, teniendo como consecuencia que personas a las cuales se les detecta una enfermedad de estas características, perciban la enfermedad como algo poco manejable, que genera cambios drásticos en su modo habitual de vida, demandante de atención especializada, que da como resultado la presencia de estrés en la cotidianidad de estas personas, durante el curso de una enfermedad crónica el estrés puede manifestarse como estados emocionales negativos como son la ansiedad y la depresión. Así mismo se pueden identificar una serie de emociones como la ira, enojo, tristeza, desamparo, culpa, que sirven para evaluar al estrés y sus implicaciones a las que las personas se enfrentan diariamente (Rodríguez-Marín, 2001; Vinaccia & Orozco, 2005).

La diabetes y su relación directa con el estrés se centra en el aumento de ciertas sustancias como las catecolaminas y los glucocorticoides y su relación con los sucesos estresantes o amenazantes y sus efectos sobre el metabolismo de la glucosa, que da como resultado el aumento en la glicemia (Surwit & Schneider, 1993).

Por otra parte se ha evaluado las reacciones fisiológicas donde se controla la naturaleza del estresor, por ejemplo en sujetos que fueron expuestos a ciertos estímulos estresantes pasivos como observar una película violenta no generó alteraciones considerables en la glucemia, como al contrario lo generó en el mismo grupo de individuos (DT1) una prueba aritmética que se considera como un estresor activo (Gonder-Frederick et al., 1990).

Las personas con diabetes suelen experimentar episodios estresantes a raíz de las situaciones cotidianas relacionadas con su diabetes, estos estresores se clasifican en tres grupos: 1) asociados a los síntomas y al tratamiento, 2) relacionados con la falta de apoyo

familiar, y del equipo de salud y 3) asociados a emociones negativas (Polonsky et al., 1995; Smith, 2002).

Esta clase de estresores son con los que la persona con diabetes tipo 2 debe de enfrentarse en su vida diaria y los que dan como resultado la variable definida como estrés asociado a la diabetes, el cual se puede definir como el grado de conflicto psicológico que se deriva de los cambios en la vida de las personas que presentan esta patología. Este malestar se caracteriza por la presencia de emociones negativas constantes que están relacionadas con los problemas con el tratamiento, plan alimenticio, relación con el equipo de salud y la falta de apoyo social (Polonsky et al., 2005).

Los estresores orientados hacia el tratamiento están relacionados con aquellos cambios en la conducta que el propio paciente con diabetes debe realizar para obtener las metas del tratamiento. Por ejemplo los estudios de Hunter Hamera, O'Connell y Heilman (1985) indicaron que 92 de 100 sujetos que fueron incluidos en su estudio, comentaron sentir estrés con su régimen de tratamiento. Las responsabilidades que una persona con diabetes respecto al manejo de su enfermedad, la generación y el dominio de algunas destrezas implicadas en el tratamiento y la exigencia de puntualidad en la realización de las mismas se convierten en tareas difíciles de manejar. Igualmente se debe tener en cuenta que las tareas que realiza el paciente deben realizarse en un contexto social donde las condiciones ambientales, en la mayor parte de las ocasiones, generan problemas en estas personas (Glasgow, McCaul & Schafer, 1986).

Los estresores relacionados con el apoyo social están orientados hacia la percepción de la persona con diabetes hacia el poco o nulo apoyo que puede experimentar por parte de sus familiares o del equipo de salud, el paciente experimenta cambios en su medio familiar y social, alguno de esos cambios incluyen presiones para hacer lo contrario a cuidar sus

niveles de glucosa y percibirse diferente debido a que padece una enfermedad crónica aunado a las falsas creencias de las personas sobre la enfermedad suelen generar episodios estresantes (Demas & Wylie-Rosset, 1990).

Las emociones negativas juegan un papel fundamental en el proceso de la diabetes y su relación con el estrés debido a la presencia de las emociones negativas que se relacionan con el cumplimiento de su tratamiento, sentimientos como enojo, tristeza y preocupación son la antesala a pensamientos como muerte, presencia de complicaciones a futuro, así mismo pueden ser resultantes ante la frustración presente debido a los constantes niveles elevados de glucosa. Emociones como ansiedad y tristeza pudieran generar en la persona con diabetes un mal seguimiento de su tratamiento en general (Albright, Parchman & Burge, 2001).

Estudios cualitativos: estrés y diabetes

Los estudios de corte cualitativos permiten analizar en profundidad las interacciones que las personas tienen con su entorno, así mismo buscan encontrar las motivaciones y razonamientos de las personas ante determinados fenómenos sociales que requieren de un detallado análisis, así mismo la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica (Pita-Hernández & Pértegas-Díaz, 2002). La diabetes es un padecimiento donde se presentan marcadas relaciones entre la persona y su entorno social, las cuales impactan en las conductas de autocuidado que las personas con diabetes requieren para el adecuado control de su glicemia. Además de que para realizar una adecuada intervención se requiere hacer este tipo de investigaciones a fin de conocer en profundidad las variables psicosociales inmersas en el padecimiento.

Partiendo de lo anterior se presentan las siguientes intervenciones relacionadas a la diabetes y su impacto en la vida de las personas que la padecen desde la óptica de este enfoque.

Mendoza et al. (2000) realizaron un análisis de audiencia (12 personas) con grupos focales en 3 zonas urbanas de México con el fin de conocer la percepción de las personas con relación a su enfermedad, se investigó a mujeres y hombres con diabetes, equipo de salud como médicos y paramédicos para conocer la adherencia terapéutica en esta población. Los resultados que reportan son: 1) la población desconoce las causas y efectos de la diabetes, asocian la diabetes con el aumento de la azúcar atribuyendo su génesis a las emociones fuertes, se observa marcada tendencia a no visitar al médico, en la comida importa mayormente la cantidad que la calidad, el consumo de carne está sobrevalorado y el de las verduras esta relegado; 2) los médicos refieren que los pacientes con diabetes prefieren un tratamiento orientado hacia el consumo de medicinas (externo) a un cambio en la alimentación (interno). Estas situaciones son las que impactan en el automanejo de la enfermedad.

Otra investigación fue llevada a cabo por Bolaños y Sarria-Santamera (2003) la cual se encargó de evaluar la diabetes y la percepción subjetiva de la enfermedad en una población de Madrid España, se utilizaron entrevistas abiertas donde las personas (15) reportaban en sus propias palabras la vivencia y la percepción de la enfermedad, los síntomas y el tratamiento, los resultados que se reportan en estas personas son: la percepción que tienen de la enfermedad se encuentra relacionada con la ausencia o presencia de síntomas, necesidad o no de insulina, e información o creencias sobre ésta. En general, la diabetes no se percibe con gravedad, aspecto que aparece relacionado con la ausencia de síntomas. Algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo

provocados por el diagnóstico de la enfermedad, por los malos resultados o por las limitaciones y renuncia que la diabetes acarrea, así como estrés y culpabilidad asociados a las dificultades o resistencias para cambiar. Estos cambios que generan estrés son por ejemplo las modificaciones conductuales y estructurales hacia su alimentación, los cambios en su estilo de vida y en la relación con las personas que los rodean.

Otra investigación es la realizada por Díaz, Véliz, Sosa, Moya y Aguiar (2012) en la cual a una población de 25 pacientes con diabetes tipo 2 de una comunidad de Cuba a los cuales se les evaluó para conocer las causas por las cuales este tipo de pacientes no se adhiere al tratamiento para su enfermedad, dentro de su metodología encontramos una serie de entrevistas semiestructuradas dirigidas a los pacientes, familia y equipo médico una de estas entrevistas fue centrada en el estrés que experimentan las personas con DT2, los resultados de estas entrevistas fueron los siguientes: los pacientes suelen experimentar estrés ante las situaciones vinculadas al cambio de estilo de vida por la enfermedad, conflictos en la espera personal y familiar dado por los temores con relación a las complicaciones y al tratamiento, en relación con esta situación las personas suelen olvidar la toma de sus medicamentos por los estados emocionales, refirieron tener problemas para materializar su tratamiento y lograr un adecuado control metabólico.

El estudio realizado por Snoek (2002) llamado DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs) se encargó de investigar las situaciones psicosociales inmersas en la diabetes a un nivel macro donde incorporó varios países (Alemania, Australia, Dinamarca, EE.UU., España, Francia, India, Japón, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Suecia) otra de sus metas fue desarrollar una visión más profunda de las actitudes y las responsabilidades de las políticas y las instituciones sanitarias de más de 5000 personas con diabetes y 3000 profesionales de la salud por medio de una entrevista realizada vía

telefónica o personalmente. Una de esas variables estudiadas fue el estrés percibido por las personas con diabetes, los resultados muestran que casi el 40% de los encuestados sentían que la diabetes les producía estrés emocional, además de que les preocupaba no ser capaces de cumplir con sus obligaciones familiares y se sentían más tensos que la mayoría de las personas que conocían, otra situación que les genera malestar es el hecho de su peso, miedo a que su enfermedad empeore y una gran preocupación por experimentar episodios hipoglucémicos. Otro resultado nos muestra que el apoyo social sirve como almohadilla para aminorar el daño causado por el sufrimiento emocional y que la diabetes es una enfermedad que necesita de una atención holística biopsicosocial.

Otro estudio con relación a la diabetes y al estrés es el realizado por los investigadores Péres, Franco y Dos Santos (2008) en la cual buscaron la reacción emocional que las personas con diabetes experimentaban a raíz del diagnóstico, esta información fue recogida por medio de una entrevista semiestructurada en una unidad básica de salud municipio de Ribeiron Preto entre mujeres de 49 a 76 años. Los resultados son: las mujeres refieren un discurso cargado de emociones principalmente negativas a raíz de un diagnóstico de la diabetes tipo 2, estas emociones son rabia, tristeza, miedo, choque y susto las cuales son emociones asociadas al estrés, a la depresión y a la ansiedad, sin embargo con el pasar del tiempo estas mujeres se han ido adaptando a esta situación de vivir con diabetes llevándolas a una situación de conformidad ante la patología y que en la actualidad no se perciben preocupadas por la misma a diferencia de su impresión ante el diagnóstico. Otro punto de análisis en esta investigación es el hecho de que las personas con DT2 refieren que la percepción negativa es resultado también del mal manejo del médico tratante teniendo discursos como “nada de esto puede comer” impactando en la persona y su tratamiento teniendo como resultado que la persona perciba que convivir con

la enfermedad es algo desalentador y sombrío. En la investigación se propone diseñar intervenciones que refuercen la idea de disfrutar la vida aún con la diabetes.

Diabetes y género

La equidad de género en salud significa la ausencia de desigualdades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Este concepto versa sobre la igualdad en las personas para gozar de mejores condiciones de vida y gozar de los servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que pueden injustas y evitables (OPS, 2009).

La construcción social sobre el hecho de ser hombre y ser mujer ha impactado en la manifestación de la diabetes en forma de desigualdades de orden sociocultural, lo cual determina las diferentes formas y grados de manifestación de la enfermedad y la toma de medidas preventivas, el acceso a los servicios de salud, búsqueda de atención y el apego al tratamiento (Río, Rodríguez, Robledo & Blas, 2009).

El género ha impactado en la atención del padecimiento, por ejemplo, en una investigación realizada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2003 en Río, Rodríguez, Robledo & Blas, 2009) en cinco hospitales generales se detectó que las mujeres con diabetes tardan tres veces más tiempo en acudir a los servicios de salud a diferencia de los hombres. La hipótesis que sostiene este centro es que en las familias mexicanas se prioriza el cuidado de la salud de los varones y de los menores de edad que están a cargo de las mujeres, muy por encima del autocuidado de la salud de ellas, aun teniendo diabetes.

Partiendo de la idea anterior, diversos estudios han señalado que, en México, las mujeres son consideradas cuidadoras primarias informales, estos tipos de trabajos

(cuidadoras) no son remunerados y son las mujeres con un nivel educativo básico, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas las que componen el gran colectivo de cuidadoras. Éstas mujeres suelen desarrollar con mayor frecuencia problemas físicos y psicológicos debido a la sobrecarga de trabajo surgida por el cuidado de las personas con problemas de salud y de igual manera cumplir con otro tipo de actividades que incluyen el cuidado de su demás familia y la administración del hogar (OPS, 2009).

Otro punto importante que relaciona la diabetes y el género es el hecho de que por lo regular las mujeres suelen llegar a los servicios de urgencias en condiciones más graves a diferencia de los hombres ya que suelen esperar que la enfermedad avance más tiempo, lo cual agrava su situación física en relación a las complicaciones agudas y crónicas. Esta idea se basa en que las mujeres tienen un umbral más alto para soportar el dolor a diferencia de los hombres (Río, Rodríguez, Robledo & Blas, 2009).

Justificación

En el mundo la diabetes es una enfermedad que ha venido cobrando la vida de millones de personas. Según datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2011 se registraron 366 millones de personas en el mundo con este padecimiento y se espera que para 2030 el número ascienda a 552 millones. En México 10.3 millones de personas tienen este padecimiento y 2 millones aún desconocen su diagnóstico, lo que coloca a este padecimiento como la principal causa de muerte. En el estado de Hidalgo según la Secretaría de Salud (SSH) en 2007, confirmó que el número de muertes ascendió de 40 a 58.7 por cada 100,000 habitantes, en solo 7 años se obtuvo un crecimiento del 45%.

El tratamiento de la diabetes es complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios a los que el paciente y la familia no están siempre

preparados para desempeñar (Sánchez-Sosa, 2002). Variables psicosociales como el estrés guardan una íntima relación con las conductas de autocuidado y el control metabólico de las personas con este padecimiento (Delameter et al., 2001).

Los resultados de diferentes investigaciones señalan que los pacientes perciben que la enfermedad es generada por un evento estresante con explosión emocional fuerte (Mendoza et al., 2000); al momento del diagnóstico confirmatorio se experimentan emociones negativas y que conforme pasa el tiempo la alimentación, los cambios en su estilo de vida y la relación con las personas que los rodean se convierten en eventos generadores de estrés (Bolaños & Sarria-Santamera, 2003; Díaz, Véliz, Sosa, Moya & Aguiar, 2012), que al momento del diagnóstico reportando una explosión de emociones negativas como rabia, revuelta, tristeza, miedo, choque y susto las cuales son emociones asociadas al estrés, a la depresión y a la ansiedad. También existen otras investigaciones internacionales que han mostrado que el apoyo social sirve como factor moderador del daño causado por el sufrimiento emocional (Pérez, Franco & Dos Santos, 2008; Snoek, 2002).

Este tipo de investigaciones no se ha realizado en poblaciones semirurales de nuestro país, por lo que el objetivo del presente estudio fue conocer cuáles son los principales estresores, evaluaciones con respecto a los mismos, respuestas y estrategias de afrontamiento al estrés de pacientes con diabetes tipo 2 usuarios de clínicas de atención primaria del estado de Hidalgo. Los resultados de esta investigación permitirán desarrollar futuras intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan al manejo de la diabetes y el estrés, a la par de la creación de diversos instrumentos de medición psicológica relacionados con la percepción de los eventos estresantes, las reacciones físicas y

emocionales, así como de las principales estrategias de afrontamiento que las personas con diabetes presentan.

Método

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los principales estresores, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo?

Objetivos de la investigación

El objetivo general del estudio fue determinar el tipo de estresores, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo

Objetivos específicos

1. Determinar los principales estresores relacionados o no con la diabetes en una población con diabetes tipo 2 en una comunidad de Hidalgo.
2. Determinar las evaluaciones que la persona con diabetes realiza ante estresores relacionados o no con la diabetes en una población con diabetes tipo 2 en una comunidad de Hidalgo.
3. Determinar las respuestas psicofisiológicas ante estresores relacionados o no con la diabetes en una población con diabetes tipo 2 en una comunidad de Hidalgo.
4. Determinar respuestas emocionales generadas ante estresores relacionados o no con la diabetes en una población con diabetes tipo 2 en una comunidad de Hidalgo.
5. Determinar las estrategias de afrontamiento ante estresores relacionados o no con la diabetes en una población con diabetes tipo 2 en una comunidad de Hidalgo.

Definición de variables

Variable	Conceptual	Operacional
Evento estresante	El evento estresante se caracteriza por una serie de demandas inusuales o excesivas que amenazan el bienestar o integridad de una persona (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).	Para explorar los eventos estresantes que presentan a personas con diabetes se realizó la pregunta: ¿Qué situaciones o eventos que ocurren en su vida diaria le generan estrés?
Percepción del evento estresante: evaluación psicológica	Lazarus argumenta que en el proceso del estrés existe un componente psicológico el cual se presenta en forma de una evaluación entre el individuo y su mundo externo. La respuesta de estrés se genera si la persona aprecia un evento potencialmente estresante y lo evalúa como estresante. El modelo de evaluación psicológica de Lazarus, describe a las personas como seres humanos pensantes que realizan evaluaciones ante las situaciones del mundo externo, estas personas no sólo responden pasivamente o en automático a las situaciones estresantes, sino que las enfrentan (Lazarus & Folkman, 1984).	Para explorar la percepción de estos eventos estresantes se realizaron las preguntas: ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida, para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?
Respuesta emocional	Algunas emociones que se presentan durante el proceso del estrés relacionadas con el malestar emocional como el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira entre otros (Solís & Vidal, 1999).	Para explorar la activación emocional se ocuparon las preguntas: ¿Cómo se sintió cuando esta situación estaba pasando?
Respuesta psicofisiológica	La activación simpática ocurre cuando un evento ha sido evaluado como estresante, se desencadena una reacción en el sistema nervioso simpático, esto da como resultado la generación de catecolaminas como la noradrenalina (epinefrina o norepinefrina) que generan cambios en la presión sanguínea, frecuencia cardíaca, alteración en la sudoración, dilatación pupilar, todo esto se traduce a una sensación de excitación, este incremento de catecolaminas tiene efecto sobre una amplia gama de tejidos del cuerpo que conducen a cambios en la función inmune (Ogden, 2004).	Para explorar la activación psicofisiológica se realizaron las preguntas: ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnolia, aceleración de pulso).
Estrategias de afrontamiento	Las estrategias de afrontamiento son definidas como: todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991).	Las estrategias de afrontamiento fueron exploradas por medio de la entrevista semiestructurada. Se ocuparon las preguntas: ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así? ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación?

Participantes

Participaron 15 personas con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2, de por lo menos seis meses de evolución, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Tres hombres (20%) y doce mujeres (80%), entre los 29 y 75 años, con una media de edad de 45.87.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	11	73.33
Solteros	2	13.33
Unión libre	2	13.33
Ocupación		
Ama de casa	7	46.66
Comerciantes	3	20
Empleados	2	13.33
Jornalero	1	6.66
Pensionado	1	6.66
Desempleado	1	6.66
Escolaridad		
Primaria incompleta	8	53.33
Primaria terminada	4	26.66
Secundaria terminada	3	20
Años de diagnóstico		
Más de 11 años	5	33.33
Entre 6 y 10 años	4	26.66
De 2 a 5 años	3	20
Menos de un año	3	20
Tratamiento		
Hipoglucemiantes orales y dieta	11	73.33
Hipoglucemiantes orales, tratamiento con insulina y dieta	4	26.66
Hipoglucemiantes orales		
Metformina	12	80
Glibenclamida	3	20

Criterios de selección

Inclusión

- 1) Diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 mínimo de 6 meses de evolución.
- 2) Que de manera voluntaria e informada aceptaran participar en el estudio.

Exclusión

- 1) Diagnóstico confirmado de psicosis y/o retraso mental.
- 2) Estar participando en otra intervención psicológica.

Tipo de estudio

Exploratorio

Instrumento

La información para conocer los principales focos de estrés en esta población se realizó por medio de un guion elaborado en una entrevista semiestructurada. En este tipo de entrevistas se dispone de un guion, por el cual el entrevistador recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador.

En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación así mismo, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas por desarrollar (Ardèvol, Bertrán, Callén & Pérez, 2003). Este tipo de guiones son de gran ayuda en investigación ya que tienen un espectro de apertura mayor a las entrevistas cerradas y permiten al entrevistador explorar situaciones que surjan en el momento pero

con la oportunidad de regresar al guion previamente diseñado. Esta entrevista semiestructurada tuvo como función conocer las principales situaciones que la persona con diabetes percibe como estresantes, así mismo tiene como función la identificación de los principales mecanismos psicofisiológicos presentes en el organismo y que son identificables, así mismo conocer la reacción emocional y los principales mecanismos de afrontamiento, ya sea centrado en la emoción o centrado en el problema, que las personas con diabetes tipo 2 presentan para hacerle frente a una situación estresante (véase apartado de anexos).

El análisis de la entrevista semiestructurada que se realizó a los pacientes con diabetes tipo 2 se realizó por medio del software para metodología cualitativa ATLAS TI versión 5.0, por medio del análisis de categorías la cuál es una técnica de investigación que identifica y describe de una manera objetiva y sistemática las propiedades lingüísticas de un texto con la finalidad de obtener conclusiones sobre las propiedades no-lingüísticas de las personas y los agregados sociales (Mayntz, Holm & Hübner, 1980).

La entrevista se centró en la exploración del modelo de Lazarus y Folkman (1984) de la evaluación psicológica ante el estrés y versó sobre explorar las situaciones estresantes que tienen relación con la diabetes y también aquellas situaciones sin relación al padecimiento, empleando las siguientes preguntas:

- ¿Qué situaciones o eventos que ocurren en su vida diaria le generan estrés?
- ¿Cómo se sintió cuando esta situación estaba pasando? (si la persona no identifica las emociones que puede experimentar durante una situación estresante al momento de la pregunta se le presenta la gama de posibles emociones que puede experimentar como es el miedo, sorpresa, enojo, angustia, ira, tristeza, alegría).

- ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnias, aceleración de pulso).
- Mientras experimentaba esta situación ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida, para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?
- ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así?
- ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación? (resultado de hacer lo que hizo).
- ¿Quién es la persona que le apoya en este tipo de situaciones y cómo lo hace?

Para analizar la información se realizó un análisis de contenido, identificando y contabilizando las diferentes respuestas obtenidas; se crearon categorías generales para cada una de las preguntas, reconociendo los aspectos reportados por los pacientes. Las categorías fueron las siguientes: eventos estresantes con relación o sin relación a la diabetes, la percepción sobre el evento, respuesta física y emocional y estrategias de afrontamiento centrados en el problema o en la emoción, en relación al modelo de Lazarus y Folkman (1984).

Procedimiento

El presente estudio se derivó de una investigación denominada “Malestar emocional, estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2” (Morales, 2012). La cual tuvo por objetivo probar la efectividad de una intervención de corte cognitivo-conductual para modificar los niveles de malestar emocional, mostrar estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2.

En un primer momento se contactó al médico adscrito al Centros de Salud del Arenal, municipio del Estado de Hidalgo, responsable de atender a pacientes con diabetes. Se le invitó a participar en el estudio, así mismo se le pidió autorización para evaluar a los pacientes con diabetes tipo 2 que acudían regularmente a este Centro de Salud.

Una vez que el médico autorizó el proyecto, se contactaron a aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión; se procedió a invitar a los pacientes a participar mostrándoles un consentimiento informado para establecer formalmente su cooperación. En este punto del proceso es donde surge este estudio, ya que se requería de conocer el contexto sociocultural de la población, así como los elementos del proceso del estrés y la diabetes para diseñar la intervención antes mencionada.

Los participantes que accedieron a participar fueron sometidos a la entrevista semiestructurada donde se recibieron los datos para el análisis, se les pidió autorización para grabar las voces por medio de cinta magnética y una pequeña grabadora. Para la entrevista se citó a las personas en diferentes días para que se tuviera tiempo y espacio para profundizar sobre las situaciones estresantes de su diario acontecer.

Resultados

El objetivo de esta investigación fue determinar cuáles y qué tipo de estresores son los principales y cuáles son las respuestas y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes tipo 2 del Estado de Hidalgo. Estas situaciones se evaluaron por medio de una entrevista semiestructurada la cual se realizó a 13 mujeres y 2 hombres quienes presentaron un diagnóstico positivo de DT2. El principal objetivo fue conocer las principales situaciones que los pacientes perciben como potencialmente estresantes, ya fuese que tuvieran relación o no con la diabetes y cuáles son las principales estrategias de afrontamiento al estrés.

El primer objetivo específico fue conocer los principales eventos estresantes que viven estas personas en su cotidianeidad. En este primer momento se preguntó de manera general las situaciones estresantes y se observa que dichos eventos están orientados hacia las situaciones ambientales como las relaciones interpersonales y el dinero. Los resultados se observan en la tabla 1.

Tabla 2: Distribución de los principales estresores que experimenta una persona con diabetes.

Estresores. Categoría	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Familia	Esposo, hijo, esposa, hija, nuera, yerno	8
Dinero	Dinero, falta de dinero	4
Diabetes	Diabetes, enfermedad, azúcar	2
Trabajo	Trabajo	1
TOTAL		15

Como se observa en la tabla 1, los resultados sitúan como principal estresor a la familia, estos estresores son, los hijos, los familiares no consanguíneos entre otros, el dinero, la diabetes y sus complicaciones crónicas así como el tratamiento farmacológico y en último lugar se sitúa el trabajo que es referido como estresante. Cabe señalar que en este primer momento solo 2 personas de 15 señalaron que la diabetes es un evento potencialmente estresante.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a que su principal estresor es la familia son los siguientes:

- [Entrevistador]: De su esposo ¿que es lo que le preocupa?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Es muy celoso (su marido), es que como él anduvo con mujeres antes de que yo me casara con él, y pues yo me casé con él y pensé que iba a cambiar y pues no...más pior. Y ahorita hasta la fecha yo no puedo platicar así con personas por que él luego, luego.
- [Entrevistador]: ¿Qué es lo que ocurre con su esposo?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: Pues tiene como dos meses que a mi esposo este le pegó la cirrosis se le reventaron unas úlceras pus y lo vi muy grave, y de ahí pus empecé pior.
- [Entrevistador]: ¿Qué situaciones, de todos los días, de su vida diaria le generan estrés?
- [Mujer, 57 años, comerciante]: Yo tengo un hijo enfermo de epilepsia. Eh... este, desde la edad de 9 meses y ahorita tiene 38 años. Imagínese. Mis preocupaciones

son que tengo que salir y se queda solo. Y cuando llego a veces ya está golpeado... le da la crisis; se cae, se golpea, o se sale pa' fuera y está ahí, lo encuentro tirado afuera.

- [Entrevistador]: Ahora con su esposa ¿qué es lo que le preocupa?
- [Hombre, 54 años, empleado]: Cuando se enferma (su esposa) salió un poco mal de los senos en los estudios, le hicieron unos estudios y le diagnosticaron algo un poco mal, y le dieron tratamiento, vitamina y este ahí ha ido, después, hace años pero no fue al ginecólogo, que ya la quería ver, que ya tenía un año que la quiere, que la va a mandar a hacerse otros estudios, que si esta uno ahí con el pendiente, cómo saldrá.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a que su principal estresor es el dinero:

- [Entrevistador]: ¿Qué le preocupa?, a usted señora ¿Qué es lo que le preocupa todos los días?
- [Mujer, 65 años, ama de casa]: (Llorando) No doctor me preocupa porque no hay dinero, de que a veces, a veces me baño, a veces tengo, a veces no tengo y eso que... mi depresión es eso.
- [Entrevistador]: Bueno, este cuéntenos, ¿qué situaciones le generan estrés en, en su vida cotidiana?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Pues cuando falta el dinero.
- [Entrevistador]: Con el dinero, ¿qué es lo que le preocupa?

- [Hombre, 62 años, pensionado]: Pues no yo no, es como le digo yo no, no este pues si me preocupa, porque luego hace falta en la casa comer algo más mejor no lo hay por falta de trabajo y falta de dinero, entonces pues comer lo que hay pero así preocupado también porque no trabajo y a mis nietecitos quisiera darles algo mas, entonces y ayudar a mis hijos, entonces como ellos me están ayudando si todavía estoy pues digo, no macizo, pero si podría ayudarlos un poco.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a que su principal estresor es la diabetes:

- [Entrevistador]: ¿Y qué significa para usted eso de la insulina para su vida, para usted, para su futuro?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Porque como le vuelvo a repetir , porque yo pienso que eso es lo único que ya me puede, lo último que me puede y que me voy a hacer adicta a ello, y después ya no voy a poder estar sin la insulina.
- [Entrevistador]: Yo quisiera comenzar esta entrevista preguntándole ¿qué situaciones o qué cosas de allá afuera de su vida diaria le generan estrés o preocupación?
- [Mujer, 41 años, jornalera]: En primera creo que es el miedo... A morir (llorando)... A pues por la enfermedad ésta... por todo porque se complique por lo que viene, porque yo sé que en algún momento dado me puede dar un infarto o si llego a viejita voy a llegar con muchos achaques y que nadie va a querer verme ósea todo eso ¿no?, todo lo que lleva esa enfermedad.

- [Entrevistador]: ¿Qué de la diabetes le preocupa?
- [Hombre, 29 años, desempleado]: Que me dé un coma diabético otra vez, la primera vez fue cuando perdí la vista.

Una sola persona refirió que lo que le estresa son las situaciones relacionadas con su trabajo.

- [Entrevistador]: Ok, bueno a mi me gustaría que primero nos dijera las cosas que le estresan y después vamos a explorarlas una por una.
- [Mujer, 46 años, empleada]: Mi trabajo donde trabajo o sea que donde voy en sábado y domingo me estresa muchísimo porque te apuran, si, como... eh... hago tortilla y solita pues no aguanto mucho, ¿no?.

Tabla 3: Distribución de las respuestas psicofisiológicas ante los estresores

Respuestas psicofisiológicas. Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Dolor de cabeza	Cabeza, dolor de cabeza	4
Dolor de estómago	Estómago	3
Aceleración del ritmo cardiaco	Aceleración de corazón, como que late	3
Tensión en los músculos de la espalda	Dolor en espalda, tenso, duro	2
Punzadas en el seno	Punzadas, seno	1
Sensación de hormigueos en el cuerpo	Hormiguea	1
Aceleración ritmo de la respiración	Respiración acelerada, dificultad para respirar	1
TOTAL		15

Como se observa en la tabla 2 las principales respuestas físicas ante estresores con y sin relación con la diabetes son dolor de cabeza y dolor de estomago, seguidos de la sensación de tensión de los músculos de la espalda y la aceleración del ritmo cardiaco, algunas personas refieren punzadas en el seno o sensación de hormigueo (parestias) que pudieran tener relación con la neuropatía diabética.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la activación psicofisiológica (dolor de cabeza) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿La cabeza cómo le duele?
- [Mujer, 65 años, ama de casa]: Ándele como que si me duele así, pero yo digo por lo mismo pensar, ¿no? o recordar todo eso, no, de que, de lo que pasó en mí.
- [Entrevistador]: Ah ya... ¿y cómo se... que siente en su cuerpo?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Donde sea o si no te estresas la cabeza, sí se siente en la cabeza.
- [Entrevistador]: ¿Y cómo que sentía?
- [Hombre, 54 años, empleado]: Mmm siento así como le diré...me empieza a doler la cabeza.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la activación psicofisiológica (dolor de estómago) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Qué siente en el cuerpo?

- [Mujer, 41 años, jornalera]: Ajá si, como así, un hueco (*se toca el vientre*) y como que corren, corre la sangre así media como tibia, no sé, fría.
- [Entrevistador]: ¿Cómo siente usted el miedo en su cuerpo?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: El estómago... en la boca del estómago.
- [Entrevistador]: Y esto, ¿dónde lo siente?
- [Mujer, 57 años, ama de casa]: Aquí en la boca del estómago así como, pues si, como algo que se me inflama.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la activación psicofisiológica (tensión muscular) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Dónde siente esta tensión?
- [Hombre, 62 años, pensionado]: En la cabeza...si, aquí siento duro se siente tenso... en la espalda.
- [Entrevistador]: Ésta tensión, ¿la siente en toda la espalda?
- [Mujer, 53 años, ama de casa]: No, sólo esta parte de aquí (se toca la parte trasera del cuello)

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la activación psicofisiológica (aceleración del ritmo cardíaco) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Cómo se sentía cuando esto estaba ocurriendo?

- [Mujer, 47 años, ama de casa]: Si me puse temblorosa y si sentía que me apachurraba el pecho, mi corazón.
- [Entrevistador]: ¿Donde siente esta presión?
- [Mujer, 46 años, empleada]: El pecho... hay opresión...sí, como que me da la sensación de repetir y no puedo... como que tengo un nudo.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la activación psicofisiológica (aceleración de la frecuencia) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Cómo se sentía cuando esto estaba pasando?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Sentía que respiraba más rápido, sentía yo así como preocupación angustia de que me voy a poner eso, pero me dijo y ¿Doña Martita (alias) y se lo sabe poner? Sí doctor, yo misma me lo voy a poner ah perfecto, doña Martita. Pero yo me empecé a respirar más cuando yo le platicaba y me empezaba a decir.

Tabla 4: Distribución de las respuestas emocionales ante estresores

Respuesta emocional. Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Tristeza	Triste	8
Miedo o preocupación	Con miedo, desesperada, preocupada/o	5
Enojo	Molesta/o, Enojada/o	2
TOTAL		15

Como se observa en la tabla 3 la principal respuesta emotiva que las personas con diabetes experimentan ante las situaciones estresantes son una serie de emociones principalmente negativas como la tristeza, seguida del miedo o preocupación y con menos personas se encuentra el enojo.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la respuesta emocional (tristeza) son los siguientes:

- [Entrevistador]: Cuando, bueno ahorita veo que si como que le preocupa, que se acuerda, ¿Qué siente?
- [Mujer, 65 años, ama de casa]: Pues, triste.
- [Entrevistador]: ¿Cómo se siente? ¿Se siente triste, enojada, angustiada? ¿A ver cuál de esas?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Triste... muy triste esto y pues lo siento mucho porque no tengo ni quien me escuche para contarle mis problemas, me lo trago sola, o sea... aquí las traigo.
- [Entrevistador]: ¿Cómo se estresa, qué es lo que siente?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Si me siento triste.
- [Entrevistador]: La tristeza, la angustia, el enojo... ¿Cuál es la más fuerte?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: No pues triste y preocupada porque digo; porque si Dios no lo quiera le pasa algo, yo me voy a sentir responsable. Por dejarlo solo, por no ayudarlo.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la respuesta emocional (miedo o preocupación) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Cómo es ese miedo que me dice...miedo a qué?
- [Mujer, 41 años, jornalera]: Miedo a morir (*llorando*).
- [Entrevistador]: ¿Cómo se siente cuando esto está ocurriendo?
- [Mujer, 57 años, comerciante]: A veces como desesperada... desesperada. Preocupada porque digo: “si no compro la medicina “pior”. Si tomando medicamentos le dan ataques ahora le suspendo el medicamento “pior”... me preocupa. Desesperada.
- [Entrevistador]: ¿Qué emoción siente cuando esto le ocurre?
- [Hombre, 54 años, empleado]: Pues a la vez miedo

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a la respuesta emocional (enojo) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Qué más sintió?
- [Mujer, 75 años, ama de casa]: Molesta nada más, pero le digo que ni azúcar no me preocupa.
- [Entrevistador]: ¿Cómo se sintió señora?
- [Mujer, 46 años, empleada]: Enojada.

Tabla 5: Principales estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante.

Estrategias centradas en la emoción. Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Le pido a Dios	Dios, rezar, Virgencita	4
Platico de otras cosas	Platicar con alguien, platicar	3
Me digo cosas positivas	Me digo cosas, pienso positivamente	2
Arreglo las plantas	Plantas	1
Salgo a caminar	Caminar, distraerme	1
Como algo para el susto	Preparo algo	1
No hablo	Me quedo callada	1
TOTAL		13

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (le pido a Dios) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Por qué estoy sufriendo, porque estoy recordando esto?, ¿Qué se dice a usted misma?
- [Mujer, 57 años, comerciante]: Pues yo le rezo un padre nuestro o algo así para, de Dios y si yo tengo mi Virgencita chiquita y digo hay Diosito lindo ayúdanos con esto.
- [Entrevistador]: ¿Qué es lo que hace en esos momentos para dejar de sentirse así?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: Pues yo me digo es cosa de Dios, nosotros no podemos hacer nada, no es porque quiera yo que ya se muera, ¿verdad? Tampoco, porque yo lo atendía ya que... pero pues que quieres si de Dios esta que ya no va a regresar pues ya no va a regresar y si Dios dice que va a regresar pues lo vamos a tener aquí otra vez.

- [Entrevistador]: ¿Cuándo piensa eso, qué es lo que hace para sentirse mejor?
- [Mujer, 46 años, ama de casa]: Pues cuando pienso así en eso, ya lo único que hago me pongo a orar, a pedirle mucho a Dios porque yo soy católica, déjeme decirle una cosa, que yo también me he acercado mucho a la iglesia la palabra de Dios yo he aceptado mi enfermedad, antes como que no me entraba, no.
- [Entrevistador]: ¿Cuándo usted piensa esto, qué es lo que hace para hacerle frente al problema?
- [Mujer, 41 años, jornalera]: Le pido a dios que me de vida pero que no termine yo dando lástima causando problemas a mis hijos o que a lo mejor ellos ya se sientan incómodos de cuidarme y me dejen ahí no o sea bueno eso si yo se lo pido siempre y más que nada trato de vivir como si hoy fuera el último día, si y a veces aun que me hagan cosas yo trato de olvidar, bueno ya que quede en tal persona y ya lo que sigue bueno si he tratado no se trato porque así al cien por ciento pues no.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (platico de otras cosas) son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿Cuándo usted piensa estas cosas se siente triste, le duele la cabeza, que hace para sentirse mejor después?
- [Mujer, 65 años, ama de casa]: Pues ya después se le pasa uno, eso de pensar, aja y pues ya se pasa en tiempo, pasa rápido y me voy así y luego, me pongo a platicar con alguien si encuentro y ya me distraigo y ya, se me olvida.

- [Entrevistador]: ¿Una vez que se siente así, qué es lo que hace para sentirse mejor?
- [Mujer, 46 años, empleada]: Salgo con los animales, saco mis borregos, platico con ellas y ya cuando regreso, ni me doy cuenta que no pasó nada o sea me olvido de las cosas.
- [Entrevistador]: ¿Cómo le hace para dejar de pensar esto?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Pienso que de donde lo voy a sacar, a quien se lo voy a pedir... le digo que me voy a platicar con alguien... me relajo, se me olvida. Salgo al mandado, a comprar mis cosas y ya; se me olvida por un momento pero después vuelve la preocupación.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (me digo cosas positivas) son los siguientes:

- [Entrevistador]: Cuando tiene mucho trabajo y la presionan, ¿qué es lo que hace para sentirse bien?
- [Mujer, 46 años, empleada]: Pues sonrió, sonrió en silencio en veces... cuando no... o si no... si no... este... me acuerdo de cosas bonitas, pueden ser chistes y ya viene en mi ¿Por qué me enoja?, después ya me... solita me digo cosas.
- [Entrevistador]: En esos momentos donde siente estrés, ¿qué hace para sentirse mejor?

- [Hombre, 54 años, empleado]: Pues a veces pensar positivamente, todo va a salir bien, que no va a salir mal, hacerme la idea de que todo va a salir bien y tener esa fe, nada más.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (arreglo mis plantas, salgo a caminar, no hablo, como algo para el susto) son los siguientes:

- [Entrevistador]: Cuando se presentan estas situaciones estresantes ¿qué es lo que hace para sentirse mejor?
- [Mujer, 75 años, ama de casa]: Pues ya pienso otras cosas ya ando para acá arreglar mis plantas o haciendo actividades no me encierro en mi mundo sino salgo a arreglar mis plantas hago algo.
- [Entrevistador]: Cuando se presenta esta situación de su hijo y sus crisis ¿cómo se siente mejor?
- [Mujer, 57 años, comerciante]: Con mis salidas... me escapo.
- [Entrevistador]: ¿Qué hizo para sentirse mejor, después que le pasó a su esposo lo de la sangre?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: Me tomé un té para que me calmara la temblorina.

Como se observa en la tabla 4 las principales estrategias para afrontar las situaciones estresantes se centran en el afrontamiento centrado en la emoción por evitación, estas principales estrategias son, pedirle a dios que le ayude en el problema, platicar de

otras cosas con otras personas, decirse cosas positivas arreglar las plantas, salir a caminar, comer algo para el susto y quedarse callada.

Tabla 6: Principales estrategias de afrontamiento centradas en el problema que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante.

Estrategia centrada en el problema Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Mejoro mi plan alimenticio	“dejo de comer”	1
Me informo sobre lo que me está pasando	“le pregunto a”	1
TOTAL		2

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes con respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (mejoro mi plan alimenticio) son los siguientes:

- [Entrevistador]: Esta cuestión que le preocupa de su diabetes, ¿Cómo logra solucionarlo?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Dejar de comer pan de dulce, dejar de tomar refresco, en lugar de eso tomo agua, cuando en una casa me ofrecían refresco lo aceptaba yo, ahora ya no ahora prefiero aceptar un vaso de agua y antes comía no pan de dulce, comía yo chicles, dulces, paletas, revolvía yo mi fruta, y me dijo el doctor que no se debe de revolver la fruta que los cocteles son muy malos y yo hacía eso todo contrario.
- [Entrevistador]: Cuando tiene problemas con su diabetes (pastillas) ¿cómo logra sentirse mejor?

- [Hombre, 29 años, desempleado]: Le pregunto al doctor, y ya me tomo mis medicinas, como se debe, temprano mi insulina y mi pastilla, a medio día mi pastilla, y la noche mi insulina.

Como se observa en la tabla 5 las estrategias de afrontamiento las cuales son las más importantes en el proceso de empoderamiento son mínimas en esta población como se ve solo dos personas afrontan centrado en los problemas que tienen diariamente estas con relación a la diabetes.

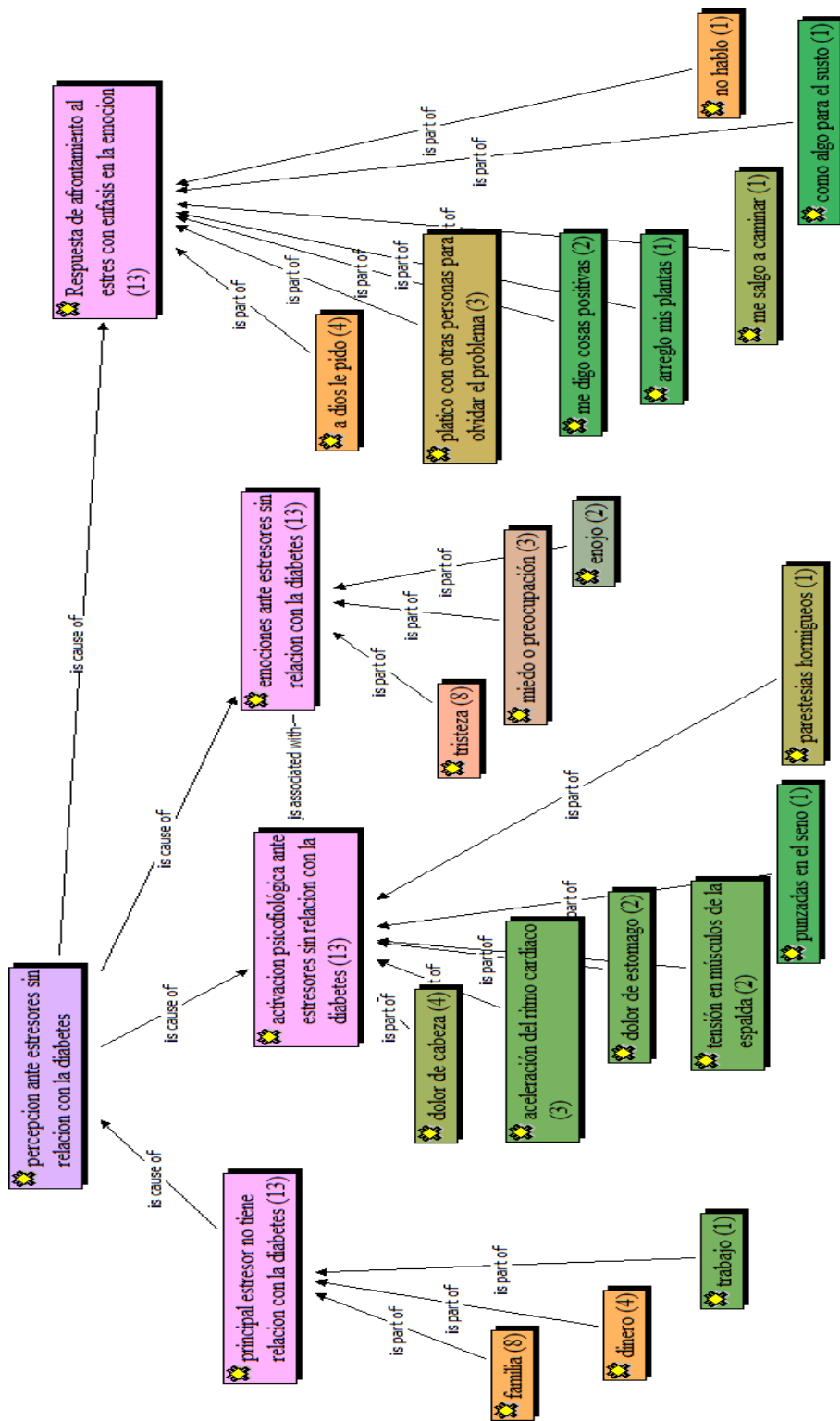


Figura 1: principales estresores con relación a la diabetes, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento

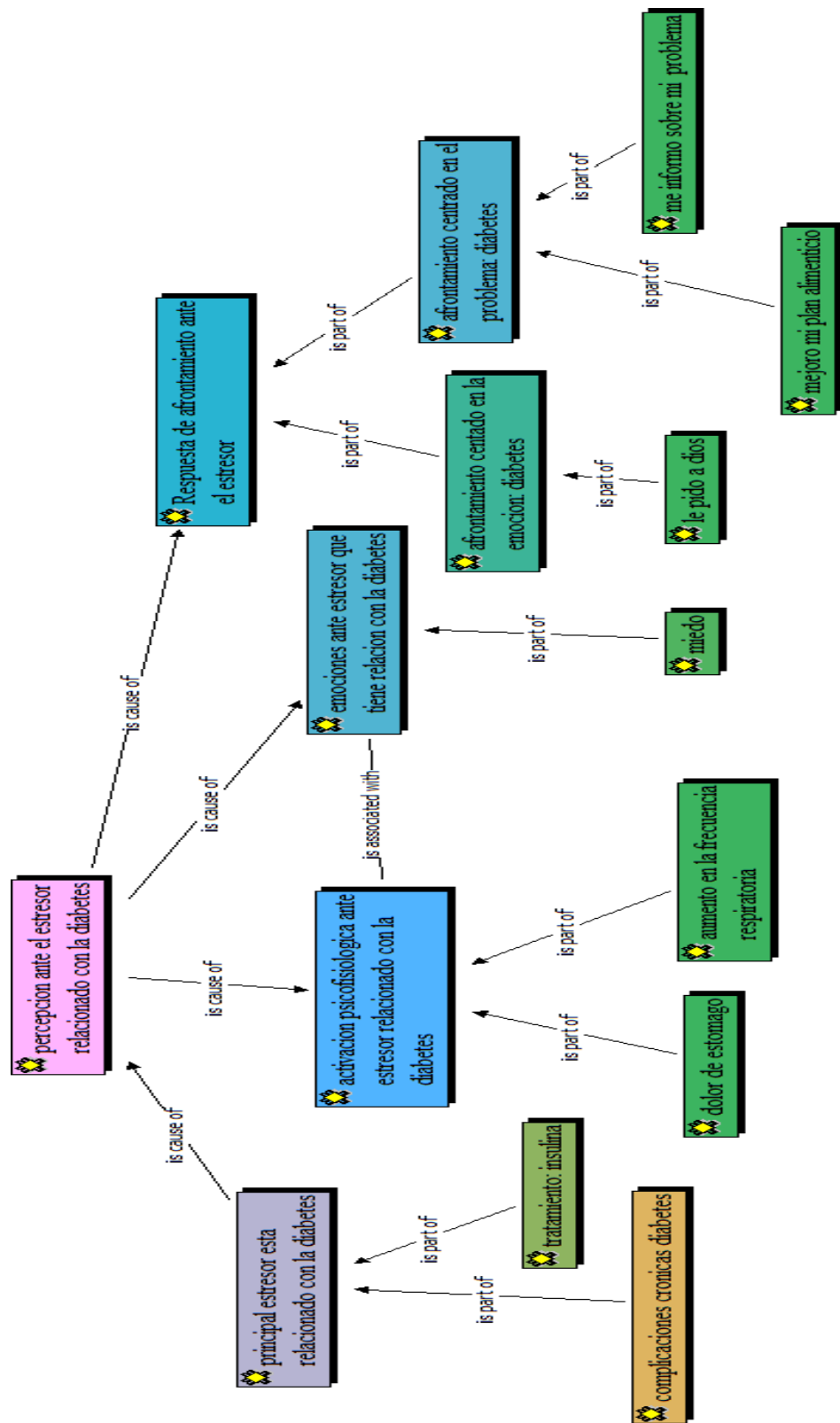


Figura 2: principales estresores con relación a la diabetes, evaluaciones, respuesta y estrategias de afrontamiento

Otro objetivo de la investigación era conocer las situaciones estresantes en relación con la diabetes. En este momento de la entrevista se preguntó a las 13 personas que no mencionaron a la diabetes como principal estresor qué situaciones respecto a la diabetes les preocupan o generan estrés, los resultados son los siguientes:

Tabla 7: Situaciones estresantes con relación a su diabetes (pregunta elaborada después de explorar las situaciones estresantes en un primer momento).

Situaciones estresantes con relación a la diabetes. categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Tratamiento farmacológico	Pastillas, inyecciones, chochitos,	3
Complicaciones crónicas	Dejen de funcionar	2
Complicaciones agudas	Coma diabético	1
Alimentación	No debo comer	1
TOTAL		7

En la tabla 6 se observa que el principal estresor en las personas con diabetes sobre la misma enfermedad son el tratamiento farmacológico, las complicaciones crónicas, las complicaciones agudas y el tratamiento alimenticio. Cabe señalar que de esas 13 personas sólo 7 mencionaron que la diabetes les preocupa.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes sobre que el tratamiento farmacológico es un evento estresante son:

- [Entrevistador]: Ahora ya conocemos las situaciones que le preocupan, pero dígame, ¿qué de su diabetes le preocupa?

- [Mujer, 75 años, ama de casa]: Bueno, a mí me preocupa doctor siempre que voy a comer que siempre que me siento a comer que no tengo cerca mis pastillas debo de tomarme ahorita una, después de ahí tengo que tomarme otras en fin.
- [Entrevistador]: ¿Eso le preocupa o usted piensa que es para preocuparse?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Pues más que nada en las inyecciones.
- [Entrevistador]: Ok, bueno sí esa parte, ¿ninguna otra cosa que le preocupa? Ahora yo quiero preguntarle, acerca de su diabetes ¿hay algo que la preocupe o la estrese?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: La verdad si me preocupa ¡me preocupa! Porque a veces no hay ni chochitos que me bajen la azúcar, de verdad.

Algunos discursos elaborados por las personas con diabetes sobre las complicaciones crónicas y su percepción como estresor:

- [Entrevistador]: ¿sí?, ¿respecto a su diabetes qué le preocupa?
- [Mujer, 53 años, comerciante]: Que el hígado no me funcione bien, que mis riñones, que no tenga azúcar en la sangre o algo así, pero luego lo que más preocupa es que no me lo he hecho (*el chequeo*).
- [Entrevistador]: ¿No? sus ojos, ¿ha visto menos?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: De los ojos si también es que ya casi ya no veo bien, veo una persona pero cerca la conozco cerca porque ya muy lejos de aquí a la calle ya no sé quien son.

Discurso elaborado por la persona con diabetes sobre las complicaciones agudas y su percepción como estresor:

- [Entrevistador]: Vamos al otro tema; que era su enfermedad y su preocupación por las complicaciones... por ejemplo; un coma diabético... eh... ¿qué le preocupa de esto... de su enfermedad?
- [Mujer, 41 años, jornalera]: Un coma diabético... eh...las complicaciones, el estar en cama.

Tabla 8: Distribución de las respuestas psicofisiológicas ante los estresores

Respuestas psicofisiológicas. Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Malestar general en el cuerpo	Duele aquí, nervios	2
Hormigueos en el cuerpo	Hormigueos	2
Tensión en los músculos de la espalda	Duele, Tensión espalda	1
Dolor de estómago	Diarreas, estómago	1
No siento nada	No siento nada	1
TOTAL		7

Como se observa en la tabla 7 las personas refieren que al momento de percibir un evento estresante con relación a su diabetes su cuerpo experimenta una activación fisiológica como, el malestar general en el cuerpo (sensación de calor que recorre diferentes zonas del cuerpo) hormigueros en el cuerpo, tensión en los músculos de la espalda, dolor de estómago manifestado por diarrea y alguna refirió no sentir nada.

Algunos discursos sobre que la principal activación psicofisiológica es el malestar general de cuerpo son:

- [Entrevistador]: ¿Qué siente en su cuerpo?

- [Mujer, 53 años, comerciante]: Digo de regreso no, no me duele acá, no me duele acá pues a lo mejor otro día me duele el pulmón digo, se tendrá que ver eso con el pulmón con el riñón quien sabe, estarán unidos estarán desunidos pero quien sabe hoy me dolía por acá y que luego por acá y le digo yo este quien sabe, total que los malestares se me han venido de acá por acá pero me duele acá y me duele por acá y este así, cuando me duele ahora sí que como ayer tenía un dolorcito metido por aquí, hay este debe ser un dolor de frío porque pues le da a uno como enfriamiento y se siente, como que al respirar duele al toser duele y este y ya dije ha de ser enfriamiento, vamos a ponerle ahí pues un papel caliente y a dormir, ya solo hice eso.

- [Entrevistador]: ¿Donde le duele?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: O sea, los nervios como que se anudan los nervios, como usted dice, y yo si me tiento y si me duele quiere decir que estoy nerviosa, y para mi es modo de saber que estoy nerviosa, a mi me tiento aquí y luego aquí y siento que me duele.

Algunos discursos de las personas que refieren que la activación es en forma de hormigueos son:

- [Entrevistador]: ¿Y siente algo en su cuerpo, dolor?
- [Mujer, 47 años, ama de casa]: Me hormiguea, lo de mi espalda de esto de aquí de mis pulmones.

- [Entrevistador]: No, no, con el miedo con el miedo que es lo ¿qué siente en su cuerpo?

- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Pues hormiguelo.

Algunos discursos de las personas que refieren que la activación se presenta en forma de tensión en la espalda y en forma de dolor de estómago.

- [Entrevistador]: ¿Qué siente en su cuerpo?
- [Hombre, 54 años, empleado]: Aquí (se toca la espalda)...a veces siento que se me pone todo pesado... siento todo eso... sí.

- [Entrevistador]: ¿Algún dolor que le dé en el estómago, alguna diarrea?

- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Sí, de eso sufro mucho. Eh... diarreas.

Tabla 9: Distribución de las respuestas emocionales ante estresores con relación a la diabetes.

Respuesta emocional. Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Tristeza	Triste	3
Miedo o preocupación	Preocupada, con miedo, ganas de llorar	2
Enojo	Enojado/a	2
TOTAL		7

Como se observa en la tabla 8 podemos observar que las respuestas emocionales principales son la tristeza, miedo o preocupación y enojo.

Algunos ejemplos de los discursos de las personas que sienten tristeza al momento de estar estresados con problemas relacionados con su diabetes.

- [Entrevistador]: ¿Y cómo se siente, triste enojada?

- [Mujer, 47 años, ama de casa]: Triste porque digo pus ya no voy a ver, ni hacer mi quehacer, ni como voy a andar si no veo y si me preocupa mucho.
- [Entrevistador]: Pero a usted le preocupa... y esta preocupación cómo es... ¿se siente angustiada, triste, enojada?
- [Mujer, 46 años, empleada]: Triste doctor.
- [Entrevistador]: ¿Cómo se siente cuando se le sube la azúcar?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Angustiada, con ganas de llorar mucho.

Algunos ejemplos de los discursos de las personas que sienten miedo o preocupación al momento de estar estresados con problemas relacionados con su diabetes.

- [Entrevistador]: ¿Cómo se siente cuando está estresada?
- [Mujer, 57 años, comerciante]: Pues sí, es para preocuparse también, la vista, todo, todo, se preocupa uno.
- [Entrevistador]: ¿Como se siente, tiene miedo, angustia, enojo?
- [Hombre, 54 años, empleado]: Pues a la vez miedo.

Algunos ejemplos de los discursos de las personas que sienten enojo al momento de estar estresados con problemas relacionados con su diabetes.

- [Entrevistador]: O sea, le estresa lo difícil que es llevar a cabo el tratamiento...y ¿cómo se siente?
- [Mujer, 75 años, ama de casa]: Si tengo que ir hasta mi recamara y me la pongo cerca, ah ya me estoy enojando, ya me estoy encanijando.

- [Entrevistador]: Haber con respecto a eso de la metformina ¿cómo se siente cuando se la toma, tiene estas reacciones?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Pues sí, enojada conmigo misma de que ese sabor tan feo de la boca que dan.

Tabla 10: Principales estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante con relación a la diabetes.

Estrategias centradas en la emoción. Categorías	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Hago otras cosas para olvidar	Me distraigo, hacer otras cosas	2
Le pido a dios que me recoja	Que Dios me recoja	1
Suspendo mi tratamiento	Dejo de tomar mi pastilla	1
TOTAL		4

Como se observa en la tabla 9 las principales estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son: hacer otras cosas para no afrontar el problema, pedirle a dios que le quite la vida además de suspender el tratamiento para la diabetes.

Algunos ejemplos discursivos sobre el afrontamiento centrado en la emoción y particularmente sobre hacer otras cosas ante una situación estresante son:

- [Entrevistador]: ¿Cómo que otra cosa hace?
- [Mujer, 46 años, ama de casa]: La cocina, voy a hacer tanta sopa o así ya se me va olvidando, todo eso.
- [Entrevistador]: Tranquilízate... y ¿se tranquiliza usted?

- [Mujer, 57 años, comerciante]: En lo de los tamales, en salirme a vender, qué voy a comprar mañana, qué voy a hacer hoy... y así se me olvida lo de mi enfermedad.

Algunos ejemplos discursivos sobre el afrontamiento centrado en la emoción y particularmente sobre pedirle a dios que le quite la vida y la suspensión del tratamiento de la diabetes ante una situación estresante son:

- [Entrevistador]: ¿Qué otra cosa piensa cuando se le sube el azúcar?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Pues a veces pienso que si mejor ya Dios me recoge, será mejor morirme.
- [Entrevistador]: ¿No se a lo mejor cuando se la toma, que a lo mejor le duela la cabeza o no duerma mucho o duerma demasiado?, ¿qué hace?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Dejo de tomarme la pastilla y se me quita eso como a los dos días, vuelvo a agarrar el sabor sabroso de mi boca, que pues le digo, la verdad honestamente, yo no me la tomo.

Tabla 11: Principales estrategias de afrontamiento centradas en el problema que presentan las personas con diabetes ante una situación estresante con relación a la diabetes.

Estrategia centrada en el problema	Palabras de análisis: menciones en el discurso	Personas que lo mencionan
Me hago un estudio de laboratorio	Estudios	1
Me aplico insulina	Insulina	1
Hago ejercicio	Hago ejercicio	1
TOTAL		3

Como se observa en la tabla anterior se observa que las principales estrategias de afrontamiento centrado en el problema son activarse para mejorar su problema.

Los discursos son los siguientes:

- [Entrevistador]: ¿De sus riñones se ha checado?
- [Mujer, 53 años, comerciante]: Pues ahorita no, que le digo tengo, nada más me he hecho, me he hecho estudios de la glucosa de... pero me imagino que es simple, bueno o sea normal como el que mandan a hacer los médicos cada tres meses.
- [Entrevistador]: Ok, ok y ¿qué es lo que piensa cuando empieza a hormigear cuando viene esta situación de la insulina?
- [Mujer, 49 años, ama de casa]: Ahora si que pienso ¿porqué tendré esto? Y el doctor me dijo que era muy importante (que se aplique insulina) porque tengo muy elevada el azúcar.
- [Entrevistador]: ¿Y usted que ha hecho para sentirse menos preocupado?, en este caso me comenta que ha seguido su dieta, ¿qué otra cosa ha hecho?
- [Hombre, 54 años, empleado]: El ejercicio, caminar, pues como dice el doctor, caminar, solo por allí, pues aunque bien media hora o cuarenta y cinco minutos lo que ora si, pierda uno si se relaja uno y en cambio si se hacen los ejercicios, pues ora sí solo, solo lo hace uno pero si ve que viene una persona se para uno.

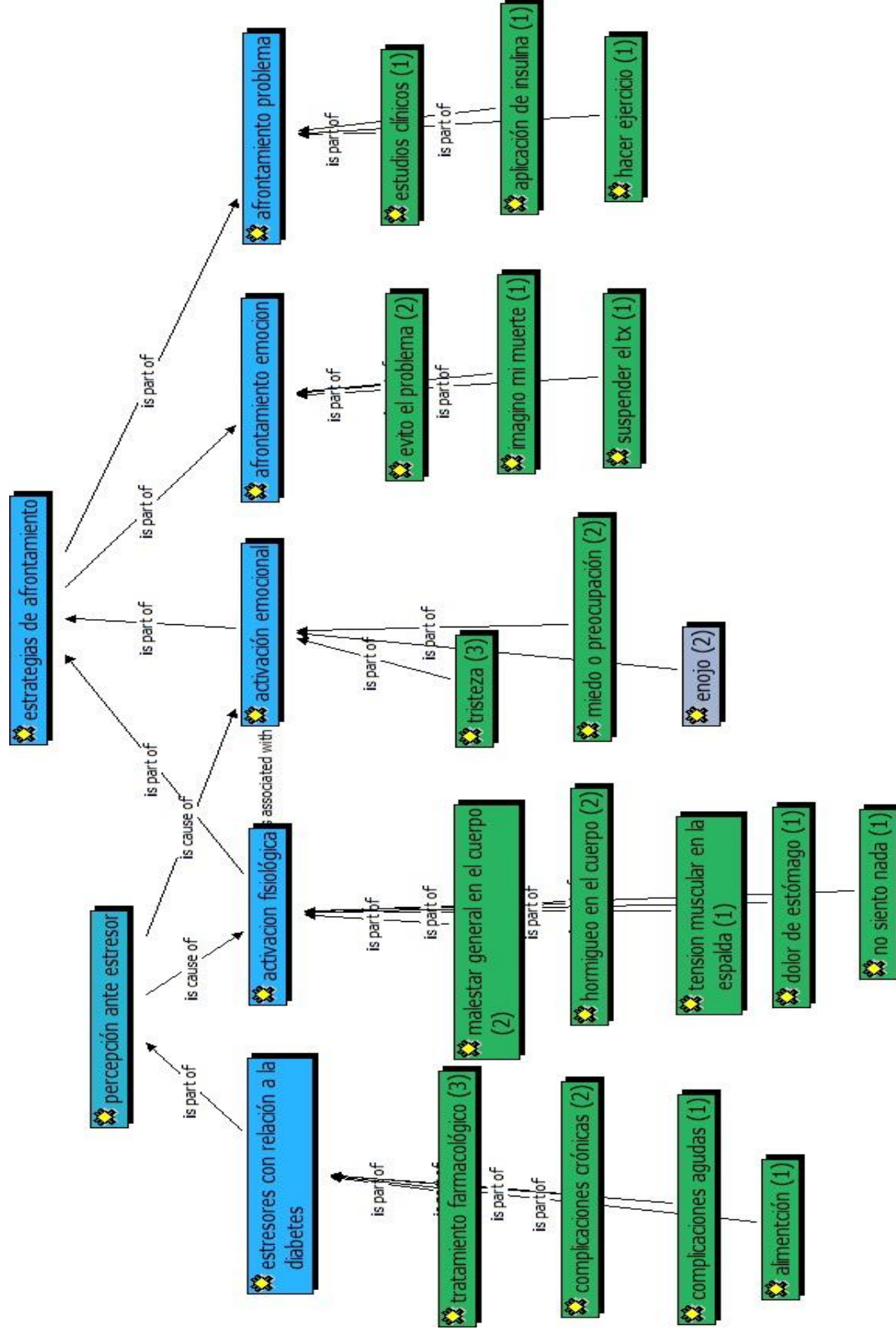


Figura 3: Principales estresores con relación a la diabetes, evaluaciones, respuestas y estrategias de afrontamiento (segundo momento de la entrevista).

Otro objetivo de la investigación fue conocer las evaluaciones de las situaciones con relación a la diabetes que puedan generar y los 6 pacientes restantes mencionan que la diabetes, sus complicaciones, su tratamiento y sus relaciones sociales NO les generan algún tipo de preocupación y mucho menos lo evalúan como algo que les genere estrés.

Algunos discursos donde mencionan que la diabetes no les genera estrés fueron así:

- [Entrevistador]: ¿Su diabetes?, ¿le preocupa su azúcar, su salud?
- [Mujer, 62 años, ama de casa]: Como que no, como que no me preocupa porque pues hago de cuenta que no tengo nada, yo así me... yo entre mi pienso eso porque como, rara vez como le digo si me pongo a pensar, si, pues no, no como o... o este algo así, cualquier cosa, me voy y ya llego a mi casa pues ya llego y si hay que cene yo pues ceno si tengo hambre si no pues son más no, aja.
- [Entrevistador]: ¿De su diabetes?
- [Mujer, 46 años, empleada]: No, nada... estoy muy tranquila a pesar de que me hice amiga de él... de él, de ella (la diabetes), que se yo, como se llame, como sea, ya no, ya no me preocupa nada de eso, haga de cuenta que yo no estoy enferma.
- [Entrevistador]: ¿Hay alguna situación de su diabetes que te preocupe o que te estrese?
- [Hombre, 35 años, comerciante]: No, parece que no.
- [Entrevistador]: ¿Nada más molesta?, ¿algo de su diabetes?

- [Mujer, 75 años, ama de casa]: Molesta nada más, pero le digo que ni azúcar no me preocupa.
- [Entrevistador]: ¿Hay alguna otra cosa respecto a su enfermedad a la diabetes que le genere estrés?
- [Mujer, 53 años, ama de casa]: No, no, no ni digo que yo ni pienso si que tengo esa enfermedad no estoy con eso de que tengo la diabetes no, ando tranquila, yo sé que tomo mis pastillas tranquila no, estoy con eso que tengo la diabetes o hasta la gente me pregunta ah que tienes el azúcar alta ¿si dicen que tengo la azúcar alta, no me siento mal para que ay me siento así, así, no?
- [Entrevistador]: Y ahora que tuvo que cambiar su dieta y empezar a tomar medicamento ¿eso le preocupa?
- [Hombre, 54 años, empleado]: No, eso no me preocupa, porque la dieta no ha sido tan estricta, por decir no acostumbramos picante, tortillas no, así pues el azúcar pues hasta ya me acostumbre, hasta si me tomo un té, ya me sabe dulce no extraño el azúcar, de por si no tomaba mucho y debes en cuando y desde que vengo no he tomado.

Discusión y Conclusiones

El propósito de esta investigación fue explorar los principales componentes del proceso de estrés de acuerdo con el modelo teórico de Lazarus y Folkman (1984) en una muestra de pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo. Para ello se aplicó una entrevista semiestructurada, cuyas preguntas incluían la evaluación de los componentes del modelo antes señalado. Estos componentes incluyeron eventos estresantes, evaluaciones, respuestas fisiológicas y emocionales, así como las estrategias de afrontamiento que los pacientes con diabetes tipo 2 acostumbran utilizar cuando se presentan estas situaciones.

Estresores

El primer objetivo de la presente investigación fue el de conocer las principales situaciones que son generadoras de estrés en esta población ya fuese que tuvieran relación o no con la diabetes.

Desde el modelo de Lazarus y Folkman (1984) una situación es estresante cuando un evento externo inusual o extremo es percibido como una amenaza, lo cual resultará en cambios significativos en las respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales. Así mismo, se considera como el resultante de una valoración que el sujeto hace de los recursos y/o capacidades con las que cuenta para solucionar un problema y las demandas de un acontecimiento que resulta en un desequilibrio físico y emocional.

Partiendo de lo anterior se observa que en estas personas, las situaciones que son percibidas como desbordantes de sus capacidades o recursos, (en un primer momento) son las que guardan relación con la familia y los eventos que en ella aparecen, situaciones con

relación al dinero y eventos que ocurren en el trabajo y en menor medida aparecen las situaciones con relación a la diabetes.

Una vez analizados los discursos, se observó que los estresores con relación a la familia están orientados hacia el cuidado de menores, adolescentes e hijos adultos y sus parejas y cuestiones que emergen en la relación de la pareja como son los celos por parte del cónyuge.

Las situaciones familiares son mencionadas como principales estresores por las mujeres. Estas situaciones suelen tener relación con el cuidado de hijos, esposos y otros miembros de la familia. En el curso de la investigación se descubrió que las mujeres con diabetes a la par de tener una patología crónica, suelen convertirse en cuidadoras primarias informales. Especialmente en el cuidado de enfermedades que pueden desarrollar sus hijos, parejas y padres. En esta población las enfermedades que son mencionadas son: cirrosis hepática, enfermedades congénitas, enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes, las cuáles son identificadas como principales fuentes de estrés. A continuación se presentan algunos discursos sobre estas situaciones.

- (Mujer, 47 años, ama de casa) Pues tiene como dos meses que a mi esposo este le pego la cirrosis se le reventaron unas úlceras pus y lo vi muy grave, y de ahí pus empecé peor.
- (Mujer, 57 años, comerciante) Yo tengo un hijo enfermo de epilepsia. Eh... este, desde la edad de 9 meses y ahorita tiene 38 años. Imagínese. Mis preocupaciones son que tengo que salir y se queda solo. Y cuando llego a veces ya está golpeado... le da la crisis; se cae, se golpea, o se sale pa'fuera y está ahí, lo encuentro tirado afuera.

- (Mujer, 46 años, empleada) A mi mamá a mi papá, cuando están enfermos...se enferman y ya luego los cuido.

Como se observa en los discursos anteriormente citados, las mujeres que fueron entrevistadas en este estudio suelen mencionar que son cuidadoras informales de alguna otra persona que es parte de su familia y que presentan alguna enfermedad. Estas situaciones ponen a la mujer como cuidadora primaria, cuyo perfil regularmente es el de una mujer ama de casa, con una relación de parentesco directo con la persona que cuida. Variables como género, parentesco y convivencia son las variables que predicen quién será la cuidadora primaria la cual en la mayoría de los casos es la mujer líder del hogar, encargada del cuidado de la familia, quien deja su salud de lado y procura la de los hijos y el esposo. Lo cual deja ver la desigualdad en cuanto a la distribución de cuidados entre hombres y mujeres, lo cual no escapa de estas personas con diabetes que cuidan de otras personas enfermas (García-Calvente, Mateo & Gutiérrez, 1999).

En México la situación de las cuidadoras primarias informales recae en un trabajo no remunerado y no asegurado siendo las mujeres con un nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas las que componen el gran colectivo de cuidadoras. Generando problemas físicos y psicológicos debido a la sobrecarga de trabajo ya que por lo regular tienen que realizar las labores del hogar y de igual manera cuidar de los demás (OPS, 2009).

Estos resultados versan sobre las diferencias en cuanto al género y los roles asignados a cada sexo, así mismo a la construcción social sobre el hecho de ser hombre y ser mujer lo cual ha impactado en la manifestación de la diabetes en forma de desigualdades de orden sociocultural, lo cual determina las diferentes formas y grados de manifestación de la enfermedad, la toma de medidas preventivas, el acceso a los servicios

de salud, búsqueda de atención y el apego al tratamiento (Río, Rodríguez, Robledo & Blas, 2009).

Otro punto importante con relación a los estresores familiares, los autores Holmes y Rahe (1967) así como Dohrenwend et al. (1974) señalan que la familia suele generar situaciones estresantes a raíz de las interacciones con los miembros, su realidad, sus necesidades particulares, conflictos y experiencias. En otras palabras la atmósfera o clima familiar son determinantes en la conducta de los miembros de la misma y en las situaciones estresantes.

Aunado a lo anterior es importante señalar la cuestión cultural que se vive en México, con respecto a esto, Lara (1993), menciona que una situación cultural arraigada fuertemente en México es que la familia se considera como uno de los principales valores en la sociedad y en este sistema cultural la mujer es ubicada como el elemento unificador esencial dentro de la familia por sus características impuestas por su condición como mujer como son, apoyar a la pareja, apoyar a los hijos, jugar varios roles como son: ser amiga, pareja, compañera, hija ente otros (Rocha & Díaz-Loving, 2011).

A la par de ser considerada como la cuidadora principal también es pareja sexual, quien cuida de la alimentación familiar, la distribución económica, la que cuida a la pareja, a los hijos y los nietos (Ojeda, 1999). Ella es responsable de la salud de cada uno de los miembros de su familia.

Incluso algunos programas de salud infantil logran su éxito debido a la comunicación con el cuidador principal quien regularmente es la madre. Es de esta manera que la sociedad y el sistema de salud refuerzan la idea de la mujer como cuidadora principal de los hijos y de la familia en general. Dejando en un segundo plano su salud física y mental, silenciando sus problemas y poniendo en un primer plano el bienestar de su familia.

Sin embargo, la posición social de la mujer, las demandas de ser madre, hija, cuidadora, trabajadora, se ha asociado a situaciones como la depresión, ansiedad, culpa y desórdenes psicosomáticos (Salgado, Acevedo, Díaz & Saldívar-Garduño, 2000).

A lo largo del tiempo la mujer se ha visto como la cuidadora por excelencia. La sociedad, los medios de comunicación y los sistemas de salud, refuerzan esta idea, no importando la edad que estas personas se encuentren, ni su estabilidad económica, las mujeres en México seguirán siendo quienes brinden seguridad, confianza y cuidado a las familias, generando situaciones estresantes a lo largo de este fenómeno cultural.

En el presente estudio las mujeres más allá de los hombres son quienes procuran el bienestar de la familia y de la pareja, dejando de lado su salud y sus necesidades, lo cual impacta en sus conductas de autocuidado y en el descontrol metabólico que pueden experimentar al momento convertirse en cuidadoras primarias.

Otro estresor encontrado en estas personas es el dinero, el cual se vuelve un estresor cuando escasea. La situación económica de la región gira en torno a la agricultura, ganadería y mayormente a la venta de productos como el tabique horneado y productos propios de la región (comercio). La comunidad cuenta con un lugar y un día de plaza. Este lugar sirve como abastecedor principal de frutas y verduras de la región y de otros lugares (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INFDM], 2005).

La mayor parte de las personas entrevistadas (las cuales tienen edades de entre los 40 y 77 años) mencionan que durante su juventud se empleaban en “la plaza” realizando actividades del comercio (principalmente elaboración de alimentos como hacer tortillas a mano, entre otras cosas). Así mismo parte de las entrevistadas mencionan que realizaban actividades como “lavar ajeno”, limpiar hogares, entre otras actividades y de esta manera obtenían un ingreso económico. Sin embargo cuestiones como la edad, depender

económicamente de los hijos, así como el abandono de los mismos, ha hecho que las personas no puedan tener un ingreso estable, lo cual da como resultado estrés. A continuación se presentan algunos discursos sobre esta situación.

- (Mujer, 65 años, ama de casa) Pues si porque uno ya tiene como 3 años que vino y de ahí pues mi otro hijo pues está en el otro lado también pero pues él ya tiene como unos 5 o 6 años, también me habla, el día 10 me mando pues dinero, este, ahorita a lo mejor me manda dinero pero pues quien sabe, no se.
- (Hombre, 35 años, comerciante) Pues se termina o no alcanza el dinero, los borregos cuestan \$1,120.00 y luego no sale.
- (Mujer, 47 años, ama de casa) Yo no tengo nada dice pus vente, vente a comer aunque sea una con sal dice pus ya nos dan un taquito, y ya la otra vez pues ya mi señor dice pues vamos ahí tenemos unos borreguitos pues ya que pus hay que vender uno para tener pa' comer ya de ahí nos vamos manteniendo poco a poquito, poco a poquito medio kilo de tortillas pus aunque no pa' llenar aunque sea medio llenar con eso hasta el otro día otra vez a comprar otro medio kilito de tortillas le digo a mi hijo pues vete a trabajar ahora si ya hijo porque si no que vamos a hacer.
- (Mujer, 62 años, ama de casa) Pues que por decir yo quisiera pues ir a trabajar, pero mi hijo ya no me deja, yo iba yo a trabajar, a hacer tortillas a lavar trastes, ropa ajena, ya mi hijo ya no me deja, por que este el doctor me ha dicho que ya dejarme ya si solita así no ya no.

En cuanto a la distribución de trabajo a los hombres se les ha visto como proveedores de dinero en la casa, y en el caso de las mujeres éstas han desempeñado

actividades como son las labores de limpieza de hogares y lavado de ropa ajena, trabajos del rol doméstico (actividades vinculadas al quehacer doméstico) los cuales se han asociado a las labores femeninas (Rivera-Aragón, Cruz-Del Castillo & Díaz-Loving, 2006), trabajos poco remunerados y que a determinada edad las mujeres no pueden desempeñar, ya que requieren de fuerza y velocidad, lo cual a determinada edad ya no se pueden realizar, lo cuál ocurre con las mujeres del estudio.

Lazarus y Folkman (1984) mencionan que para que las personas realicen un adecuado afrontamiento al estrés y logren reducir la activación emocional y física, se debe de contar con una serie de recursos personales dentro de los que se encuentra la educación, las habilidades sociales, la actividad física y el dinero. Los mismos autores mencionan que las estrategias de afrontamiento estarán encaminadas hacia el manejo de la situación estresante, entonces si la situación estresante requiere de dinero para solucionar el problema y la persona no cuenta con ello, puede que se evalúe como altamente dañina o desafiante la situación desencadenante.

En la misma entrevista se evaluaron las situaciones estresantes con relación a la diabetes. En un primer momento la diabetes no es identificada como estresante (sólo dos personas mencionan que este padecimiento les preocupa), sin embargo conforme se va desarrollando la entrevista, surgen los comentarios hacia dicha patología.

Se observa que estas situaciones estresantes se relacionan con el tratamiento farmacológico, las complicaciones crónicas, las complicaciones agudas y el cambio en el régimen alimenticio.

Los eventos estresantes con respecto a los hipoglucemiantes orales principalmente giran en torno a las horas de consumo (el olvido del consumo en determinados momentos

del día), el sabor amargo o metálico que pueden dejar las pastillas al ser consumidas y cuando dicho medicamento escasea en sus hogares o en el centro de salud.

A continuación se presentan algunos discursos realizados por estas personas:

- (Mujer, 75 años, ama de casa) A la hora que voy a comer, digo Dios santo mi pastilla y eso de que yo comienzo a comer y no me acuerdo de mi pastilla.
- (Mujer, 47 años, ama de casa) No, no pero en lo demás a veces me preocupa porque a veces no hay la medicina o inclusive en el centro medico no la hay.
- (Mujer, 62 años, ama de casa) Pues ahorita nada mas tengo la que tengo es la de la presión (la pastilla), la de la azúcar ya se me terminaron.
- (Mujer, 60 años, ama de casa) Ya tiene como tres meses, me la estuve tomando diario, pero le digo pues la verdad, me la estuve tomando como unos quince días, hasta baje de peso pues si no comía, no comía, no me daba ansias de comer, porque aparte de que me quitaba el hambre, era por lo mismo del mal sabor, y yo veo que hay las personas que les pasa eso”.

Los eventos percibidos como estresantes con respecto al tratamiento farmacológico recaen en: la toma de medicamentos orales y la aplicación de insulina. El primero mencionado mayormente debido a que estas personas llevan el control de su glicemia con estos fármacos (metformina y glibenclamida), a diferencia de la insulina que es usada apenas por tres personas.

Aunado a lo anterior se muestra que el tratamiento a base de insulina es percibido como desbordante debido a que este tratamiento se asocia a la muerte y como un medicamento de última opción para el manejo de su glicemia, como se lee en los siguientes discursos:

- (Mujer, 47 años, ama de casa) Pues mas que nada en las inyecciones (de insulina)... Si cuando va la señora y me dice híjoles ya es tarde para se la ponga no vaya a fallar un día.
- (Mujer, 49 años, ama de casa) Insulina, porque... pues no se siento como que ese medicamento es algo así como, como ya lo ultimo que le pueden a las personas y que es la última solución”

Las complicaciones agudas y crónicas aparecen en los discursos de las personas entrevistadas, principalmente con relación a la amputación de alguna extremidad o la falla de algún órgano (corazón o riñón) que suele verse comprometido por la diabetes. A continuación se presentan algunos discursos:

- (Mujer, 41 años, jornalera) Pues este que, sé que si les cortan un dedo que si les cortan un pie que si les da una embolia una parálisis, todo eso o quedar paralitica y que nadie te vea y ahí estar como estorbo ¿no? Y como dice el doctor a veces no es que les de el infarto y que bueno ya se murió no pero no, se muere y quedan las complicaciones y el miedo a que nadie te vea pues es feo ¿no?.
- (Mujer, 53 años, comerciante) Por ejemplo doctor, un coma diabético. Mi cuñado empezó mal a las 11 de la mañana y a las 4 de la tarde murió, porque fue muy fuerte... y como que es eso lo que más me ha...producido más miedo, más preocupación.

Otro estresor es el cambio en la alimentación, lo cual se percibe como algo que sobrepasa a las personas. Esto en función del gasto para preparar la comida de la familia y el consumo de ciertos alimentos que las personas con diabetes han aprendido que no deben de comer, como se lee en el siguiente discurso:

- (Mujer, 57 años, comerciante) Si como que estresan a uno, porque como dice usted la preocupación de hacer de comer esto y no lo puedo comer. Y si voy a hacer 2 comidas, ¿de dónde voy a agarrar para hacer 2 comidas? Por ejemplo, que yo haya chayotes con su jitomatito para mí y que a los demás no les guste. Y yo guiso para 3 o 4 personas. Y digo: hújole, si hago esto, ellos no van a querer, y si hago eso yo no voy a poder comer. Tons, ahí se estresa uno. Si hago chicharrón con salsa verde y frijoles...les gusta, pero ¿y yo?.

Este tipo de estresores se han investigado anteriormente y es Polosky et al. (1995) quienes mencionan que diferentes variables se han asociado a la presencia de estrés en el paciente con diabetes como son: el impacto del diagnóstico, el tratamiento para la enfermedad, el cambio en el estilo de vida, control glucémico y el apoyo social entre otros, lo cual genera malestar en las personas con diabetes. En el presente estudio las mujeres y hombres con diabetes suelen mencionar que la alimentación es uno de los principales estresores ya que perciben que no pueden comer al igual que las demás personas.

Este mismo autor integra estas variables en el término malestar emocional y lo define como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes asociados a problemas relacionados con el tratamiento, al plan alimenticio y a la relación medico paciente (Polosky et al. 2005; Snoek, 2002).

Las personas entrevistadas mencionan que la presencia del estrés asociado al padecimiento, se encuentra orientado principalmente hacia los medicamentos orales y en menor medida hacia las modificaciones en la comida. Lo que nos hace inferir que les preocupa lo que es reforzado en cada cita con el médico (la toma del hipoglucemiante oral o la aplicación de la insulina) y en menor medida las modificaciones en la alimentación.

Este fenómeno impacta en el tratamiento integral de la diabetes, ya que para lograr un óptimo control metabólico se requiere de realizar una serie de modificaciones integrales a la alimentación y al consumo de antidiabéticos orales. De no hacerlo así la persona no lograría un adecuado control.

Durante el transcurrir de la entrevista se descubrió que estas personas carecen de información sobre el consumo de hidratos de carbono (importantes en la dieta del paciente con diabetes) y pareciera que su alimentación esta basada (en la mayoría de los casos) en los mismos alimentos pero en menor proporción, además de continuar con esta “satanización” de la azúcar refinada.

Evaluaciones

Lazarus y Folkman (1984), mencionan la presencia del estrés radica en la evaluación subjetiva de la peligrosidad de la demanda, tanto la calidad como la cantidad de los recursos disponibles para hacerle frente. En esta parte del proceso del estrés el sujeto realiza diversas evaluaciones, las cuales son: 1) irrelevante, 2) benigno y positivo, 3) dañino y amenazante, 4) dañinos y desafiantes. En la segunda evaluación Lazarus menciona que se evalúan los pros y los contras de las diferentes estrategias de afrontamiento. A continuación se presentan diversas evaluaciones ante ciertos eventos.

- (Mujer, 65 años, ama de casa) Pues digo ahora hay que esperar, esperar hasta que... hasta que vengan mis hijos o mis hijas, luego a veces cuando, como le digo a veces si tienen, tienen dinero me dan cincuenta pesos o me traen mandado para que así, para que haga yo mi comida o así pero...ahora espero hasta que me vengan y me den...(mujer cuyos hijos viven fuera de la comunidad)”

- (Mujer, 53 años, comerciante) Si. Que tomen de más, pues ya no falta que al rato suena el teléfono a media noche, una de la mañana y que pues sea una noticia mala”
- (Mujer, 46 años, empleada) No es fácil vivir con un marido y luego tomando pulque, emborracharse, eso no es justo.
- (Mujer, 47 años, ama de casa) Las criaturas son como pajaritos ellos piden, ellos no ven de donde pus es lo que digo que, también me preocupa, pero yo me hago la fuerte que no me preocupo...pero no, sí me preocupo.
- (Mujer, 62 años, ama de casa) Luego mi hija se queja, ay no hay dinero para esto, ay que debo el agua, ay que debo la luz y yo me siento mal me siento así hay yo quisiera pues trabajar...pero ya no puedo.

Como se observa, las evaluaciones que estas personas realizan ante los eventos estresantes están orientadas hacia la percepción peligrosa de la demanda. Si bien no mencionan que las evaluaciones son dañinas o amenazantes de manera textual, se puede inferir el grado de conflicto psicológico que se presenta en estas personas en cuanto a percibir que no son capaces de poder costear gastos básicos por su propia mano ya que dependen de sus hijos económicamente y ya no pueden realizar actividades en “la plaza” o en casas ajenas, lo cual resulta en la percepción de no soportar la situación. De la misma manera el hecho de vivir con alguien que tiene problemas de salud por la bebida, resulta en la percepción de poca justicia. Al momento de realizar las entrevistas nos percatamos sobre la impotencia que experimentan las mujeres de esposos consumidores de “pulque”, debido a que esta conducta es algo que han aguantado desde años atrás.

Estas mujeres afirman que han permanecido al lado de sus esposos debido a evaluaciones con respecto al daño a los hijos, percepción de que a esa edad ya no pueden

separarse y también una cuestión de desesperanza como se lee en el siguiente discurso: “mi marido es la cruz que me tocó cargar, yo pensé que iba a cambiar” (discurso de una mujer que sufre de violencia física y psicológica por parte de su marido). Como lo mencionan Minayo y Deslandes (1998), el alcohol es la droga desinhibidora que más se relaciona con las conductas violentas mostrándose con mayor frecuencia en el hombre y relacionado con valores como el machismo y con el consumo crónico de bebidas alcohólicas.

Con respecto a las evaluaciones realizadas a situaciones que guardan relación con la diabetes podemos observar que es en el caso de la insulina donde se presentan las evaluaciones con mayor grado de trastorno psicológico, debido a que estas personas consideran a la insulina como un tratamiento que es la antesala de las complicaciones del padecimiento (retinopatía, nefropatía o neuropatía) o en otra evaluación de igual intensidad puede ser la antesala de la muerte, sobre este tema la investigación DAWN (Snoek, 2002) menciona que las personas con diabetes suelen tener miedo al uso de la insulina debido a que genera hipoglucemia, sin embargo esta población menciona muy poco el efecto que la insulina genera en su cuerpo, además de desconocer por completo su función. Sólo aquellos que tienen un régimen estricto en cuanto al control de la glicemia conocen el funcionamiento de dicha hormona.

Aunque estos pacientes conozcan sobre los beneficios de la insulina como es el caso de un paciente que su tratamiento se basa en la aplicación de insulina, aun así debe de luchar contra la construcción social elaborada alrededor de dicha hormona, además de enfrentarse al estigma social de haber perdido la visión debido a un mal control en su glicemia.

Aunado a lo anterior, se puede mencionar que es un factor importante, el estigma de estar enfermo y considerarse diferente a los demás, así también enfrentarse al

desconocimiento y las ideas erróneas de la población general con respecto a la diabetes (Méndez & Belendez, 1994).

Estas percepciones varían dependiendo de la frecuencia e intensidad en que se den los eventos desencadenantes de estrés y lo más importante es el significado que tienen para la persona ya que esto es lo que determina el estado de salud de la persona con diabetes (Johnson & Sarason, 1979 en Garay et al., 2000).

Estas situaciones hacen que la persona realice evaluaciones sobre los eventos como dañinas o amenazantes y que sobrepasan los recursos con los que cuentan para hacerles frente. Lazarus y Folkman (1984) mencionan que los eventos percibidos como amenaza o daño desencadenan una activación emocional y física, a la par que se activan las estrategias de afrontamiento.

Respuesta emocional

Las principales respuestas emocionales ante estas situaciones estresantes se encuentran orientadas hacia las emociones negativas como son la tristeza, seguida del miedo o preocupación y con menos personas se encuentra el enojo. Estos resultados son similares a los expuestos por Lazarus (2006) quien identificó que durante una situación estresante se presentan emociones como el enojo, la envidia, celos, ansiedad, miedo, culpa, pena. Así mismo Solís y Vidal (1999) identifican emociones asociadas al malestar emocional como el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira entre otros. Algunos ejemplos de los discursos elaborados por esta población son las siguientes.

- (Mujer, 49 años, ama de casa) Triste... muy triste esto y pues lo siento mucho porque no tengo ni quien me escuche para contarle mis problemas, me lo trago sola, ósea... aquí las traigo.
- (Mujer, 47 años, ama de casa) No pues triste y preocupada porque digo; porque si Dios no lo quiera le pasa algo, yo me voy a sentir responsable. Por dejarlo solo, por no ayudarlo.

Las respuestas emocionales a raíz de los estresores relacionados con la diabetes no son diferentes a la activación emocional antes descrita. Emociones como, la tristeza y el miedo o preocupación, son mencionadas principalmente.

Respecto a lo anterior diversas investigaciones mencionan que los sentimientos de enojo, tristeza y preocupación relacionados con la posible presencia de complicaciones en el futuro y de muerte prematura son emociones que se presentan de manera común en los pacientes con diabetes. La incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras y los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados (La Greca et al., 1991).

No se observaron diferencias entre las respuestas emocionales, presentadas en los estresores con relación y sin relación con la diabetes.

Respuesta física

Una vez que las personas evalúan las situaciones estresantes se observó que las principales respuestas fisiológicas son dolor de cabeza y dolor de estomago, seguidos de la sensación de tensión de los músculos de la espalda y la aceleración del ritmo cardiaco,

algunas personas refieren punzadas en el seno o sensación de hormigueo (parestias) las cuales pueden tener relación con la neuropatía diabética.

No se observan diferencias significativas en cuanto a la activación fisiológica entre las situaciones estresantes con relación a la diabetes y las que no guardan relación con la misma.

Lo anterior tiene relación con lo mencionado por Ogden (2004), quien señala que ante un suceso estresante el cuerpo presenta una activación fisiológica caracterizada por la secreción de catecolaminas (norepinefrina y epinefrina) las cuales generan cambios fisiológicos como el aumento en la frecuencia cardiaca, alteraciones en la presión sanguínea y dilatación pupilar, todo esto se traduce a una sensación de excitación. Algunos discursos se presentan a continuación:

- (Mujer, 47 años, ama de casa) Sí me puse temblorosa y si sentía que me apachurraba el pecho, mi corazón.
- (Mujer, 57 años, comerciante) El pecho... hay opresión...si, como que me da la sensación de repetir y no puedo... como que tengo un nudo.
- (Hombre, 54 años, empleado) En la cabeza...si, aquí siento duro se siente tenso... en la espalda.

No se observaron diferencias en las respuestas físicas entre los cambios físicos entre ambos estresores.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento en esta población se encuentran orientadas principalmente hacia controlar la emoción y en menor proporción hacia solucionar los problemas que se evalúan como estresantes. Durante el curso de las entrevistas pudimos

observar que las principales estrategias focalizadas en la emoción que esta población presenta están encaminadas a pedirle a Dios que las ayude y hacer otras actividades que no necesariamente solucionan el problema sino que calman a la persona. Lo cual se ve reflejado en descontrol metabólico ya que una cosa es preocuparse por solucionar un problema con relación a su diabetes ya sea modificando su alimentación o preguntando sus dudas al médico, a orar o distraerse realizando otras actividades que no solucionan la problemática.

El contexto cultural es importante ante tales estrategias de afrontamiento. El Arenal es una comunidad con una importante feria patronal hacia El señor de las Maravillas, cuya iglesia es lo primero que se observa al arribar. La religión que impera es la católica con un total de 11,674 creyentes lo que equivale al 93 de la población (INEGI, 2000).

El afrontamiento centrado a la emoción principal en esta población es orar o hablar con Dios en privado, desde su hogar o en la misma iglesia, ante las situaciones que se presentan y son evaluadas como estresantes, a continuación se presentan algunos discursos.

- (Mujer, 65 años, ama de casa) Pues yo me digo es cosa de Dios, nosotros no podemos hacer nada, no es porque quiera yo que ya se muera, ¿verdad? Tampoco, porque yo lo atendía ya que... pero pues que quieres si de Dios esta que ya no va a regresar pues ya no va a regresar y si Dios dice que va a regresar pues lo vamos a tener aquí otra vez.
- (Mujer, 46 años, empleada) Pues cuando pienso así en eso, ya lo único que hago me pongo a orar, ha pedirle mucho a Dios porque yo soy católica, déjeme decirle una cosa, que yo también me eh acercado mucho a la iglesia la palabra de Dios yo he aceptado mi enfermedad, antes como que no me entraba, no.

Algunos autores (Álvarez, 2000; Buendía & Mira, 1993; Zaldívar, 1996) mencionan que saber que se cuenta con algo o “alguien” que es capaz de orientar, querer, ayudarlo material o espiritualmente contribuye al bienestar y con ello logran contrarrestar los factores psicológicos y sociales que forman parte del estrés.

Aunado a lo anterior autores como Allport y Ross (1967) mencionan que la religión es útil en diferentes formas que van desde proveer seguridad, consuelo, sociabilidad y autojustificación, situaciones que son similares en las personas donde se llevó a cabo el estudio.

Sin embargo de la misma manera que la religión presenta beneficios asociados al proceso salud-enfermedad, puede generar influencias negativas, al originar entre sus seguidores sentimientos como la culpa, miedo, ansiedad, poco control interno sobre sus decisiones (locus de control interno) de salud (González et. al, 1997).

Otro tipo de afrontamiento centrado en la emoción es la evitación como sería, realizar otro tipo de actividades, salir a caminar, arreglar las plantas entre otras. Afrontamiento que se encarga de disminuir el grado de trastorno emocional y que se presenta después de la evaluación mental donde se llega a la determinación de que no hay mucho que hacer para modificar las condiciones prejudiciales, amenazantes o desafiantes del medio ambiente (Lazarus & Folkman, 1991).

Respecto de las estrategias de afrontamiento usadas en los procesos estresantes con relación a la diabetes, no se observan cambios en cuanto al uso de las mismas estrategias focalizadas en la emoción. Respecto de esto autores como Atkinso, (2004, en Lazcano & Salazar, 2007) mencionan que la presencia de estrés en el paciente con diabetes puede resultar perjudicial debido a los efectos negativos que tienen sobre la salud al obstaculizar las estrategias de afrontamiento. Afectando también el proceso cognitivo de adaptación, a

través de los conductos cognitivo-emotivos, perturbando las habilidades en la solución de problemas, juicio, emoción, búsqueda de resultados, creatividad y manejo de situaciones (Roy & Andrews, 1999, en Lazcano & Salazar, 2007).

Investigaciones realizadas en el estado de Hidalgo se han enfocado en implementar estrategias focalizadas en la problemática. Del Castillo (2010), realizó un estudio en el que tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar los índices de adherencia terapéutica, calidad de vida, depresión y ansiedad en Hidalgo, estas variables, que afectan los niveles de glucemia, fueron intervenidas con una serie de estrategias focalizadas en la problemática como sería ensayo conductual, solución de problemas, reestructuración cognitiva. Los resultados reportaron ganancias clínicas y estadísticamente significativas en variables psicológicas evaluadas al inicio de la intervención.

Sugerencias y limitaciones

Este tipo de estudios sirve para conocer el contexto sociocultural de las personas con diabetes de cualquier comunidad y son de gran ayuda para modificar las variables que requieren ser evaluadas antes de intentar cualquier cambio conductual en las personas.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede identificar que las evaluaciones en torno al modelo de Lazarus y Folkman (1984) no se exploraron a profundidad en el guion previamente elaborado, así mismo, no se evaluaron a profundidad las cuestiones de género.

A fin de mejorar futuras intervenciones se sugiere evaluar dicho proceso con base en la teoría cognitivo-conductual para obtener mejores resultados al momento de explorar las evaluaciones con relación a los estresores. Buscando la significación que las personas

con diabetes le dan a situaciones problemáticas o que perciben que superan sus capacidades de afrontamiento.

Después de conocer las evaluaciones ante los principales estresores, las respuestas físicas y emocionales, y las principales estrategias de afrontamiento de ésta población se diseñó una intervención cognitivo conductual cuyo objetivo fue modificar los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento de los participantes. Dentro de los componentes de la intervención se consideró en un primer momento la modificación de la percepción de los participantes sobre los estresores sin relación a la diabetes, así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento al estrés. Posteriormente se brindó educación a los pacientes acerca de la patología que ellos presentan, el empoderamiento de la enfermedad, habilidades sociales, así como el desarrollo de estrategias afrontamiento activo hacia la diabetes.

El desarrollo y puesta en marcha de estas intervenciones permitirá incidir en la mejora del control metabólico y la calidad de vida de pacientes con este padecimiento, reduciendo así el impacto económico y social de la diabetes en México.

Referencias

- Albright, T. L., Parchman, M. & Burge, SK. (2001). The RRNeST Investigators: Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST Study. *Family Medicine Journal*, 33, 354-360.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and psychology* (5) 1, 447-457.
- Álvarez, M.A. (2000). *Stress. Un enfoque integral*. Ciudad de la Habana: Ed. Científico-Técnica
- American Diabetes Association. (2011). *Diabetes Basics*. Disponible en http://www.diabetes.org/diabetes-basics/?utm_source=WWW&utm_medium=GlobalNavDB&utm_campaign=CON
- Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology* (62), 446-451.
- Anderson, R. M. & Funnel, M. M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educator*, 26 (4), 597-604.
- Anderson, R.M. (1985). Is the problem of noncompliance all in our heads? *Diabetes Educator*, 11 (1), 31-34.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardèvol, E.; Bertrán, M.; Callén, M.; Pérez, C. (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital*, 3, 72-92. Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num3/ardevol.pdf>
- Barba, M., Mas, R., Miró, M, & Vidal, R. (2004). Ficha Farmacológica, Antidiabéticos Orales. *Revista Multidisciplinar en Gerontología*, 14(3). 179-183.
- Berkman, L. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda Country residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of personality and social psychology*, 46. 881-891.
- Bolaños, E. & Sarria-Santamera, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención primaria* 32 (4), 195-202.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). Definición y medición del estrés. *Psicología de la Salud*. Madrid: Thompson Learning.
- Braunwald, E., Fauci, A., Isselbacher, K., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, L. & Loscalzo, J. (2006). *Harrison principios de medicina interna*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Buendía, J. & Mira, J. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Ed. Pirámide S.A.
- Bulman, R. J. & Worman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the Real World: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology* 55,534-541.

- Casals, P. (2005). *Taller de memoria: ejercicios prácticos*. Madrid: Horsi.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, 21 (2), 364-392.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2005). *Género y salud: una introducción para tomadores de decisiones*. México DF.: Secretaría de Salud.
- Chávez, P., Hernández, J., Hernández, H. & Soto, J. (2009). Complicaciones agudas de la diabetes. En Solano, G., & De la Concha (coordinadores). *Guía de atención para personas con diabetes, sus familias y profesionales de la salud: Autocuidado de personas con diabetes*. Hidalgo, México: UAEH.
- Chew, E. (2003). Aspectos fisiopatológicos de la retinopatía diabética. En LeRoith D, Taylor S. & Olefsky J. (eds.). *Diabetes mellitus: fundamentos y clínica*. 2ª ed. México DF: McGraw-Hill. p. 1110-1006.
- Chico, E. L. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicohtema* 14 (3), 544-550.
- Cohen, F. & Lazarus R. S. (1979). Coping with the stress of illness. En G. C. Stone, F. Cohen y N. E. Adler (Eds.), *Health psychology: A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass
- Day, T.A. (2005). Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 1195-1200. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.08.005
- Del Castillo, A. (2010). Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2. *Tesis de doctorado*. Facultad de psicología, UNAM.
- Del Castillo, A. & Martínez, J. P. (2010). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En G. Morales, D. García, D. Madrigal, & F. Ramírez (Eds). *Diabetes*. 2ª ed., (pp. 225-228). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Del Castillo, A. & Reyes, I. (2010a). Adaptación y validación psicométrica en población mexicana del cuestionario de áreas problema en diabetes (PAID). *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XXVI, 1, 24-47.
- Del Castillo, A. & Reyes, I. (2010b). Validación convergente y divergente del Cuestionario de Áreas problema en diabetes (PAID) en población mexicana. En M. García, A. Del Castillo, R. Guzmán & J. Martínez. (Eds.). *Medición en psicología: del individuo a la interacción*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Del Castillo, A., López, G. & Fragoso, M. (2009). Depresión y ansiedad en personas con diabetes. En G. Solano & J. Anton (Eds.). *Autocuidado de personas con diabetes*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Del Castillo, A., Martínez, C., García, M. & Guzmán, R. (2012). Intervención Cognitivo conductual para modificar el nivel de distress en pacientes con diabetes tipo 2. En S. Galan & E. Camacho (Eds.) *Estrés y Salud*. México: Manual Moderno.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Decor, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119-136.
- Demas, P. & Wylie-Rosett, J. (1990). The Health Belief Model (HBM) re-examined as a guide for intervention: Perceived susceptibility to diabetic complications as a source of stress. *Diabetes*, 39 (Suppl. 1), 9A.

- Díaz, A.H., Véliz, S.M., Sosa, R.L., Moya, G.M. & Aguiar, M.C. (2012). *Factores psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus*. Trabajo presentado en Congreso virtual de psiquiatría. Febrero. Madrid.
- Dimsdale, J. E. (1974). The coping behavior of Nazi concentration camp survivors. *American Journal of Psychiatry*, 131, 792-797.
- Dohrenwend, Barbara S.; Dohrenwend, Bruce P.; Dodson, Margaret; Shrout, Patrick E. (1974). Symptoms, hassles, social supports, and life events: Problem of confounded measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 222-230. doi: 10.1037/0021-843X.93.2.222
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2006). *Resultados por entidad federativa: Hidalgo*. Cuernavaca Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Federación Internacional de Diabetes. (2009). *Mapas*. Disponible en <http://archive.diabetesatlas.org/map>
- Federación Internacional de Diabetes. (2011). *The global burden*. Disponible en <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2011). *Diabetes en números*. Disponible en <http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/estadisticas.php>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2011). *Diabetes tipo 2, generalidades y factores de riesgo*. Disponible en <http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/factores.php>
- Ferrer, V.A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, (1), 35-61.
- Figueroa, D. (2003). *Diabetes*. Cuarta edición. México: Masson.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654. doi:10.1037/0003-066X.55.6.647
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual review of Psychology*, 55, 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1996). *Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes*. Adaptado por J. Pereña & N. Seisdedos. Madrid. TEA (Orig. 1993).
- Funnell M.M. & Anderson, R. M. (2003). Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Educator*, 29, 454-462. doi:10.1177/014572170302900310
- Garay, M., Malacara, J., González, E., Wróbel, K., Wróbel, K. & Gutiérrez, A. (2000). Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Investigación Clínica*, 3, 241-245.
- García-Calvente, M. Mateo, I. & Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- Gard, T.L. (1999). The importance of intimacy and use of avoidance coping in predicting depression among HIV + individuals. *Tesis doctoral*. State University of New York at Albany. UMI.
- Glasgow, R. E., McCaul, K. D. & Schafer, L. C. (1986). Barriers to regimen adherence among persons with insulin dependent diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 65-77.
- Glasgow, R. E., Wilson, W., & McCaul, K. D. (1985). Regimen adherence: A problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care*, 8, 300-301.

- Gómez, P. F. (2009). Introducción y perspectiva. En Rosas, G. J., Lyra, R. & Cavalcanti, N. (eds.). *Diabetes mellitus visión latinoamericana*. Río de Janeiro: Farmacéutica.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D., Driesen, N., & Clarke, W. (1992). Effects of hypoglycemia on neuropsychological function: A reliability study. *Diabetes*, 41 (Suppl. 1), 85A
- González, B. & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista mexicana de neurociencias*, 1, 30-38.
- González-Uresti, X., López, A.J., Aguilar, S.C., García, G.E., Gómez-Pérez, F.J. & Lerman, G.I. (1997). Disfunción emocional y diabetes. XIV Congreso Panamericano de Endocrinología; 1997; Noviembre 21-25; Cancún, México: 29.
- Granados, G.G. & Gil R.J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 165-206.
- Grande, J., Núñez, A., Hernando, E., Salcedo, S., Martínez, J., Soroa, J. & Grande, A. (1998). Alteraciones electrocardiográficas en la hipoglucemia. *Revista Española de Cardiología*, 51, 404-406.
- Grau, J., Hernández, E. & Vera, P. (2005). Estrés, Salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández & J. Grau (comp.). *Psicología de la salud, Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Guerrero, F. (2006). *Vivir con diabetes*. Buenos Aires: Grupo imaginador de editores.
- Guzmán, J.R., Lyra, R., & Cavalcanti, N. (2009). *Diabetes mellitus: visión latinoamericana*. Río de Janeiro: Farmacéutica.
- Hamilton, S., & Fagot, B. I. (1988). Chronic Stress and coping styles: A comparison of male and female undergraduates. *Journal of personality and social psychology*, 55, 455-471.
- Haynes, B. R., Taylor, W. R. & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*, Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.
- Heckman, T. J., Kochman, A., Sikema, K. J., Kalichman, S. C., Masten, J., Bergholte, J., & Catz, S. (2001). A pilot coping improvement for middle-age and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *Aids Care*, 13 (1), 129-139.
- Hernández, C. Tejedor, F. Segura, M. & Pila, P. (1991). Vasculopatía diabética, su relación con uso de hipoglicemiantes, tiempo de evolución y edad de los pacientes. *Angiología*. 6, 235-40.
- Hinkle, L. E. (1973). The concept of stress in the biological and social sciences. *Science, Medicine and Man*, 1, 31-48.
- Hinkle, L. E. (1977). The concept of stress in the biological and social sciences. En Z. J. Lipowski, D. R. Lipsitt & P. C. Whybrow (Eds.), *Psychosomatic medicine: Current trends and clinical implications*. Nueva York: Oxford University Press.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1985). Life stress and health: personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of personality and social psychology*, 49, 739-747.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hunter, J., Hamera, E., O'Connell, K. & Heilman, R. (1985). Coping with stress of following a diabetic regimen. *Diabetes*, 34 (Suppl. 1), 42A.
- Instituto nacional de estadística y geografía. (2000). *Censo general de población y vivienda 2000*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2000/default.aspx>

- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2005). *Gobierno del Estado de Hidalgo*. Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/hidalgo/municipios/13009a.htm>
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making*. New York: Free Press.
- Johnson, E.O., Kamilaris, T.C., Chrousos, G.P. & Gold, P.W. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 115–130.
- Johnson, S.B. (1992). Methodological issues in diabetes research: measuring adherence. *Diabetes Care*, 15 (Suppl. 4), 1658-1667.
- Keller, C. (1988). Psychological and physical variables, as predictors of coping strategies. *Perceptual and motor skills*, 67, 95-100.
- La Greca, A. M., Hurtwitz, B. E., Freeman, C. R., Wick, P., Ireland, S., Agramonte, R. F., Marks, J. B., Schneiderman, N. & Skyler, J. S. (1991). Autonomic dysfunction in adults with IDDM: Implications for psychological functioning. *Diabetes*, 40 (Suppl. 1), 431A.
- Lara, MA. (1993). *Inventario de masculinidad y feminidad*. México: El Manual Moderno.
- Lazarus, R. (2006). *Stress and emotion*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. En I. Altman & J. F. Wohwill (Eds.). *Human behavior and the environment: Current theory and research*. Nueva York: Plenum.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
- Lazcano Ortiz, M., & Salazar González, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan* 77-84.
- Lewis, S., Heitkemper, M. & Dirsken, S. (2004). *Enfermería medicoquirúrgica: Valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier España.
- Li, C.E., DiGiuseppe, R. & Froh J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Publmed* (41)163, 409-15.
- Luftey, K. E. & Wishner, W.J. (1999). Beyond compliance is adherence: Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes care*, (22) 4, 635-639.
- Markenson, D. (2007). *Asistencia pediátrica preshospitalaria*. Madrid: Elsevier España.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Skyes, C. M. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*, México: Manual Moderno.
- Martin-Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, 4.
- Mason J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Mayntz, R., Holm, K. & Hübner, P. (1980). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza editorial.
- McElroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.

- McEwen, B.S. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 315-318.
- Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. En G. V. Coelho, D. A. Hamburg & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. Nueva York: Basic Books.
- Méndez, F. & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 2, 189-198.
- Mendoza V. F., Velázquez M. O., Martín, M., Pego P. U., Campero M. E., Lara A.E. & Gallegos F. I. (2000). Comunicación y expectativa de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. *Revista de endocrinología y nutrición* 8. 5-13.
- Minayo, M.C. & Deslandes, S.F. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública* (14)1, 35-42.
- Morales, T. O. (2012). Malestar emocional, estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. *Tesis de maestría*. Instituto de Ciencias de la Salud: UAEH.
- Moscoso, M.S. (1998). Estrés salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología*, 3, 9-17.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: a textbook*. New York: McGraw-Hill.
- Ojeda, N. (1999). Curso de vida femenino y conceptualización social de la salud reproductiva. En: Ojeda N, editor. *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*. Tijuana, BC: El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Estudios de Población. 203-274.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Media Centre*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Guías ALAD, de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Plan de acción para la implementación de la política de igualdad de género de la Organización Panamericana de la Salud 2009- 2014*. Washington D.C: OPS.
- Péres, D.S., Franco, L.J. & Dos Santos, M.A. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latinoamericana Enfermagem* 16(1), 32-40.
- Pita-Hernández, S. & Pértegas-Díaz, S. (2002). Investigación cualitativa y cuantitativa. *Cad Atención Primaria* 9, 76-78
- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J., Lees, J., Mullan, J. & Jackson, R. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes. *Diabetes care*, 3, 626-631.
- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E. & Schwartz, C.E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754-760.
- Río, Z., Rodríguez, M., Vera, R. & Rodríguez, B. (2009). Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del programa de prevención y control de diabetes mellitus en México. *Género y salud en cifras*, 7 (1), 5-16.
- Rivera-Aragón, S., Cruz del Castillo, C. & Díaz-Loving, R. (2006). Entre el poder y el deseo. *La Psicología Social en México*, 11, 229-236
- Rocha, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Identidades de género, más allá de los cuerpos y los mitos*. México D.F.: Trillas.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

- Rosario, M., Shinn, M., Morch, H., & Huckabee, C. B. (1988). Gender differences in coping and social supports: testing socialization and role constraint theories. *Journal of community psychology*, 16, 55-69.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-57.
- Rubin, R. R., Anderson, R.M. & Funnell, M. M. (2002). Collaborative diabetes care. *Práctica Diabetológica*, 21, 29-32.
- Salgado, V.N., Acevedo A., Díaz, M.J. & Saldívar-Garduño, A. (2000). Comprender la sexualidad de las mujeres mexicanas y su riesgo para el VIH/SIDA. *K.r. mujeres* (24), 100-109.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: the role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.
- Sandín, B. (2003). El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de psicología clínica y de salud*, 1, 141-157.
- Secretaria de Salud de Hidalgo. (2010). *Actualización del programa de programa estatal de salud*. Hidalgo: SSH.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, D. (1988). Hacia una medicina comportamental comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 21-43
- Smith, J. (2002). The enemy within: stress in the lives of women with diabetes. *Diabetic Medicine-Journal Information*, 19, (Suppl. 2), 98-99.
- Snoek, F. (2002). Comprender el lado humano de la diabetes. *Diabetes y sociedad* 47(2), 37-40.
- Solano, G. & Antón, J.L. (2009). *Guía de atención para personas con diabetes, sus familias y profesionales de la salud: Autocuidado de personas con diabetes*. Hidalgo, México: UAEH.
- Solano, G. & Madrigal, E. (2009). Complicaciones agudas de la diabetes. En Solano, G., & Antón, J.L. (Eds.) *Guía de atención para personas con diabetes, sus familias y profesionales de la salud: Autocuidado de personas con diabetes*. Hidalgo, México: UAEH.
- Solís, M.C. & Vidal, M. A. (1999). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7, 33-39.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1192-1211.
- Surwit, R. S., & Schneider, M. S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 380-393.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociadas con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 2, 125-137.
- White, R. (1974). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. En G. Coelho, D. Hamburg & J. Adams, (Eds.). *Coping and adaptation*. Nueva York: Basic Books.
- Zaldívar, D.F. (1996). *Conocimiento y Dominio del Estrés*. Ciudad de la Habana: Ciencia y Técnica

ANEXOS

Entrevista semiestructurada sobre situaciones estresantes en la vida diaria de una persona con diabetes tipo 2.

Buenas tardes Sr./Sra. La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por medio del Instituto de Ciencias de la Salud, así como el área académica de Psicología le da las más cordial de las bienvenidas a esta investigación que tiene por nombre “malestar emocional, estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con pacientes tipo 2”.

La siguiente entrevista es una entrevista semiestructurada. Este tipo de entrevistas nos permiten intercambiar información por medio de preguntas que le iremos realizando, le pedimos de la manera más atenta que sea clara/o con la información que nos da en cada pregunta, si existe alguna duda o comentario por parte de usted al final de la entrevista si hay tiempo le daremos seguimiento.

El objetivo de esta entrevista es la obtención de datos que se relacionan con el estrés y las situaciones que una persona con diabetes tipo 2 atraviesa en su vida diaria. Le pedimos que sea sincero con sus respuestas, ya que para nosotros es de suma importancia que usted nos proporcione la información que estamos recopilando. Le comento que esta entrevista será grabada para que no pasemos por alto alguna situación que usted mencione ya que para nosotros es muy importante todo lo que nos proporciona por medio de sus palabras.

Rapport: Muchas gracias por participar con nosotros en esta investigación, es para nosotros muy grato que personas como usted decidan hacer un cambio en sus vidas. Me gustaría realizarle una serie de preguntas para conocer las situaciones que le generan estrés en su vida diaria (se comienza con la primer pregunta).

1.- Coméntenos ¿Qué situaciones o eventos que ocurren en su vida diaria le generan estrés?

Si entre las respuestas que la persona da no se encuentra la diabetes se procede a la exploración de cada una de las situaciones que la persona menciona por ejemplo (si la persona responde, “la otra noche cuando mi hijo no llegaba a casa después de salir con sus amigos” se procede a la exploración).

- ¿Cómo se sintió cuando esta situación estaba pasando? (si la persona no identifica las emociones que puede experimentar durante una situación estresante al momento de la pregunta se le presenta la gama de posibles emociones que puede experimentar como es el miedo, sorpresa, enojo, angustia, ira, tristeza, alegría).
- ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnía, aceleración de pulso).

- Mientras experimentaba esta situación ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida, para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?
- ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así?
- ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación? (resultado de hacer lo que hizo).
- ¿Quién es la persona que le apoya en este tipo de situaciones y cómo lo hace?

Se continua con las siguientes situaciones estresantes que la persona menciona aquí se les recuerda que el entrevistador se apoya de lápiz y papel para tener un control de las situaciones que la persona menciona como estresantes a fin de no dejar pasar por alto alguna situación que el entrevistado mencione.

Una vez que se han explorado las situaciones que generan estrés en las personas se procede a la siguiente pregunta que hace referencia a la diabetes y al estrés. Ahora que hemos explorado estas situaciones que le generan estrés en su vida diaria, podría decirme si existe alguna situación relacionada con la diabetes que le haga sentir estresada(o).

- ¿Qué de su diabetes le hace sentir estresado? (aquí la persona podrá mencionar una gama de situaciones estresantes con respecto a su diabetes por ejemplo, ejercicio, medicamentos, insulina, alimentación, educación etc. por ende el entrevistador debe de estar atento para anotar las situaciones relacionadas con la diabetes que se mencionen a fin de explorar una por una)
- Una vez que ha dado la gama de posibles situaciones relacionadas con la diabetes se hace la exploración de cada una de esas situaciones realizando las siguientes preguntas por ejemplo: la alimentación cuando salgo a una fiesta.
- ¿Cómo se siente cuando esta situación ocurre? (si la persona no identifica las emociones que puede experimentar durante una situación estresante al momento de la pregunta se le presenta la gama de posibles emociones que puede experimentar como es el miedo, sorpresa, ira, angustia, tristeza, alegría).
- ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnia, aceleración de pulso).
- Mientras experimentaba esta situación ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida,

para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?

- ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así?
- ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación? (resultado de hacer lo que hizo)
- ¿Quién es la persona que le apoya en este tipo de situaciones y cómo lo hace?

Se continúan explorando cada una de las situaciones que generan estrés en la persona en relación con la diabetes.

2.- Algunas personas podrán mezclar ambas respuestas por ejemplo, “las situaciones que me generan estrés son el ejercicio que debo de realizar (relacionado con la diabetes) y me genera estrés el que nadie puede ir por mi hijo a la escuela”, en estos casos se exploran ambas situaciones teniendo en cuenta que ambas situaciones son importantes de explorar, para eso se elaboró el cuadro de posibles respuestas (véase cuadro de posibles respuestas). Se exploran ambas situaciones generadoras de estrés una por una.

Se realiza la exploración de la primer situación mencionada, en este caso se comienza explorando el ejercicio.

- ¿Qué del ejercicio le genera estrés?
- ¿Cómo se siente cuando esta situación ocurre? (si la persona no identifica las emociones que puede experimentar durante una situación estresante al momento de la pregunta se le presenta la gama de posibles emociones que puede experimentar como es el miedo, sorpresa, ira, tristeza, alegría).
- ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, problemas gastrointestinales, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnia, aceleración de pulso).
- Mientras experimentaba esta situación ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida, para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?
- ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así?
- ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación? (resultado de hacer lo que hizo)

- ¿Quién es la persona que le apoya en este tipo de situaciones y cómo lo hace?

Se continúa con las situaciones que la persona menciona. Una vez que el entrevistador ha terminado de explorar las situaciones que la persona brinda se procede a la exploración de otras situaciones generadoras de estrés relacionadas con la diabetes.

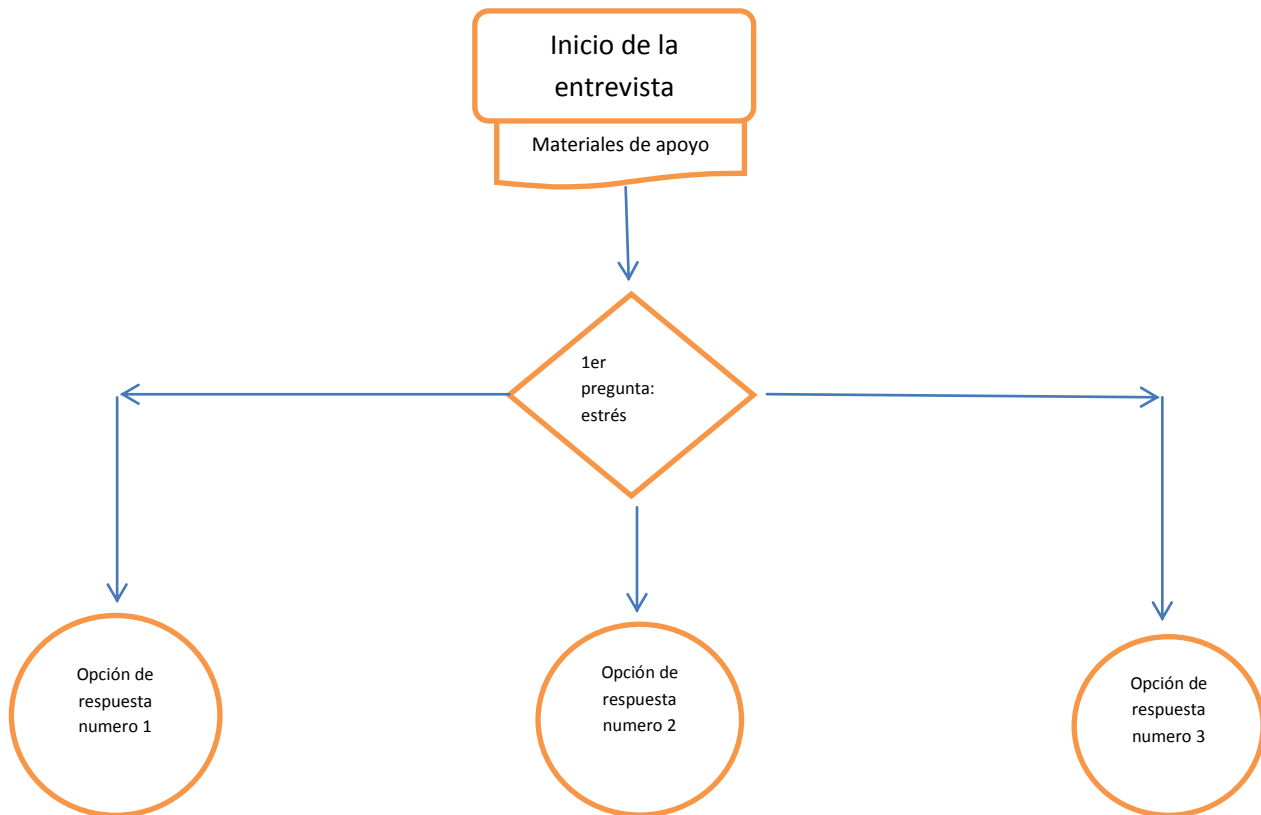
- Nos ha mencionado algunas situaciones relacionadas con la diabetes que le generan estrés ¿existen otras situaciones relacionadas a su diabetes que le generen estrés como por ejemplo, (se abre abanico de posibles respuestas) los medicamentos, los horarios de consumo, el gasto económico etc.
- En caso de mencionar otras situaciones relacionadas con la diabetes se procede a la exploración de esas situaciones mencionadas.
- Una vez exploradas las situaciones estresantes relacionadas con la diabetes se procede a la exploración de las situaciones que no tienen relación con la diabetes (la persona en un inicio comentó el hecho de que le estresaba que “no había alguien que fuera por su hijo a la escuela” es importante que el entrevistador tenga apuntadas las situaciones que quedan pendientes en cuanto a los eventos no explorados) aquí se procede a la exploración de los eventos no relacionados con la diabetes que generan estrés.
- Usted nos comentaba que no había quien fuera por su hijo a la escuela coméntenos ¿Qué de esta situación le genera estrés?
- ¿Cómo se siente cuando esta situación ocurre? (si la persona no identifica las emociones que puede experimentar durante una situación estresante al momento de la pregunta se le presenta la gama de posibles emociones que puede experimentar como es el miedo, sorpresa, ira, tristeza, alegría).
- ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, problemas gastrointestinales, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnia, aceleración de pulso).
- Mientras experimentaba esta situación ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida, para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?
- ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así?
- ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación? (resultado de hacer lo k hizo)
- ¿Quién es la persona que le apoya en este tipo de situaciones y cómo lo hace?

3.- Algunas personas podrán mencionar a la diabetes como principal evento generador de estrés, entre estas situaciones se pueden identificar la toma de medicamentos, el ejercicio, la alimentación, la poca información que tienen sobre su enfermedad etc. En este caso se procede a explorar cada una de las situaciones mencionadas por la persona. Al término de explorar estas situaciones se le preguntan otras situaciones de su vida diaria que le generan estrés. El entrevistador menciona: ahora conocemos las situaciones que le generan estrés en relación a su diabetes, díganos ¿existen otro tipo de situaciones que le generan estrés que no están relacionadas con su diabetes?, la persona responde una serie de situaciones y se procede a la exploración de cada una de los eventos ya mencionados con la misma lógica que se ha manejado anteriormente con cada uno de esos eventos.

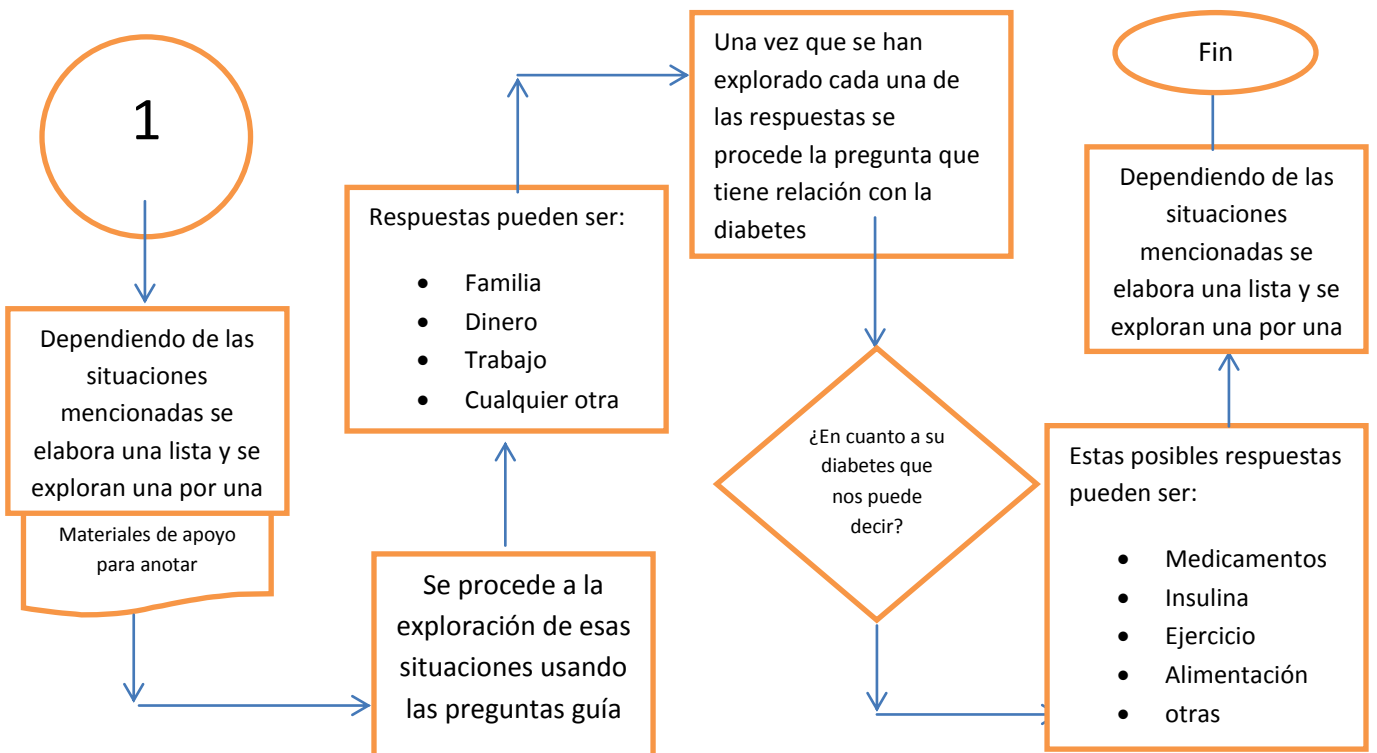
- ¿Cómo se siente cuando esta situación ocurre? (si la persona no identifica las emociones que puede experimentar durante una situación estresante al momento de la pregunta se le presenta la gama de posibles emociones que puede experimentar como es el miedo, sorpresa, ira, tristeza, alegría).
- ¿Qué sentía en su cuerpo mientras esto pasaba? (si la persona no logra identificar la activación fisiológica se le brinda el abanico de opciones: se sentía con respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, diarrea, dolor de cabeza, fatiga, intranquilidad, dolores estomacales, insomnio o hipersomnía, aceleración de pulso).
- Mientras experimentaba esta situación ¿Qué pensaba?, ¿qué ideas pasaban por su mente en esos momentos? ¿Qué estaba pasando por su cabeza, justo antes de que se empezara a sentir de esta forma?, ¿Qué es lo que significó para usted, para su vida, para su futuro? ¿Qué temió que pudiera ocurrir? ¿Qué es lo peor que puede ocurrir si fuera verdad? ¿Qué significado tiene para otras personas o para los demás? ¿Qué imágenes o pensamientos tiene de esta situación?
- ¿Qué fue lo que hizo en esos momentos para dejar de sentirse así?
- ¿Qué pasó después de que usted hizo eso en esa situación? (resultado de hacer lo k hizo)
- ¿Quién es la persona que le apoya en este tipo de situaciones y cómo lo hace?

Al final de la exploración se le agradece a la persona la participación en esta entrevista y se procede al siguiente punto.

Flujograma de posibles respuestas que una persona puede dar durante la entrevista cualitativa



Opción de respuesta numero 1: respuestas donde no menciona a la diabetes como primera opción



Opción de respuesta número 2 y 3: respuestas donde se menciona a la diabetes como una de las principales causas de estrés pero no es la única situación generadora.

