



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN Y MALESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS CON

DIABETES TIPO 2

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

SALLY GISEL CRUZ VARGAS

DIRECTOR PRINCIPAL: DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA (UAEH)

DIRECTOR EXTERNO: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA (UNAM)

Índice

Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	iii
Capítulo 1. Diabetes tipo 2	
Epidemiología	1
Definición	2
Etiología	3
Clasificación	3
Diabetes tipo 1	4
Diabetes tipo 2	4
Diabetes mellitus gestacional	5
Otros tipos específicos de diabetes	6
Síntomas	6
Diagnóstico	7
Factores de riesgo	7
Consecuencias	8
Tratamiento	11
Factores psicosociales y diabetes	16
Capítulo 2. Malestar emocional (Distress)	
Estrés	19
Epidemiología	20
Definición	20
Antecedentes históricos	21
Malestar emocional (Distress)	31
Síntomas	32
Estrés asociado a la salud y la enfermedad	33
Estrés asociado a la diabetes	37

Capítulo 3. Depresión

Epidemiología	42
Sintomatología	43
Taxonomía	45
Causas	46
Depresión y Diabetes	49
Tratamiento	52
Depresión y Malestar Emocional	61
Método	
Justificación	66
Pregunta de investigación	68
Objetivos	68
Hipótesis	68
Variables	69
Participantes	70
Diseño de investigación	72
Instrumentos	72
Procedimiento	75
Resultados	77
Discusión y Conclusiones	84
Referencias	91

Índice de Tablas

Tabla 1. Definiciones conceptuales y operacionales del estudio	69
Tabla 2. Normas de calificación del BDI para población mexicana	75
Tabla 3. Medidas de Tendencia central y dispersión de las variables malestar emocional (Distress) y Depresión	77

Tabla 4. Relación entre el nivel de malestar emocional (Distress) y Depresión	82
---	----

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución por nivel de depresión en la muestra general del estudio	79
Figura 2. Distribución por sexo y nivel de depresión de acuerdo con las normas normas de la versión adaptada de la escala de depresión de Beck	79
Figura 3. Distribución por nivel de depresión según los años de diagnóstico de la diabetes	80
Figura 4. Distribución de eventos estresantes experimentados por los pacientes los seis meses anteriores a la investigación y el nivel de depresión de estos participantes.	81

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	103
Anexo 2. Formato de datos sociodemográficos	104

Resumen

La diabetes desde la segunda mitad del siglo XX se ha convertido en un problema de salud mundial. Su atención se ha centrado principalmente en aspectos médicos, y en menor medida se han abordado los factores psicosociales asociados al padecimiento. Dentro de las variables psicológicas asociadas al manejo de la diabetes se encuentran respuestas emocionales desadaptativas como son el malestar emocional o estrés negativo y la depresión. El malestar emocional puede estar presente desde el momento en el que se recibe el diagnóstico y puede manifestarse con frecuencia en estados emocionales negativos a lo largo del tratamiento. De igual manera las personas con diabetes presentan un riesgo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen. Estudios previos en pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2, han mostrado que niveles altos de estrés percibido se relacionan significativamente con la presencia de síntomas depresivos, sin embargo, son pocos los estudios que han buscado esta relación en México. Por ello el objetivo de la presente investigación consistió en conocer la relación que existe entre los niveles de malestar emocional y depresión en pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo. Participaron 124 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 de tres Centros de Salud del Estado de Hidalgo. Para evaluar el Malestar Emocional se utilizó la versión adaptada del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID), la cual consta de 3 subescalas: que son emociones negativas, problemas relacionados con el tratamiento y problemas relacionados con el apoyo social, mientras que para medir la depresión se utilizó la versión adaptada del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Para conocer la relación entre las variables del estudio se realizó un análisis de correlación de Pearson. Los resultados muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas, señalando que a mayor nivel de depresión mayor será el nivel de malestar emocional de estos pacientes. Estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura internacional y a partir de ellos se podrán desarrollar intervenciones psicológicas efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes y a una mayor calidad de vida en estos pacientes.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, Malestar Emocional, Depresión.

Abstract

Diabetes in the second half of the twentieth century has become a global health problem. His attention has been focused mainly on medical aspects, and to a lesser extent has addressed the psychosocial factors associated with disease. Among the psychological variables associated with diabetes management are maladaptive emotional responses such as emotional distress or negative stress and depression. Emotional distress may be present at the time the diagnosis is received and can often manifest itself in negative emotional states during the treatment. Similarly people with diabetes have a twofold increased risk of developing depression than those who do not. Previous studies in patients diagnosed with type 2 diabetes have shown that high levels of perceived stress were significantly related to depressive symptoms; however, few studies have looked for this relationship in Mexico. Thus, the aim of this study was to examine the relationship between levels of emotional distress and depression in patients with type 2 diabetes in the state of Hidalgo. Included 124 patients with confirmed diagnosis of type 2 diabetes in three health centers in the State of Hidalgo. To assess emotional distress was used the adapted version of the Questionnaire Problem Areas in Diabetes (PAID), which consists of 3 subscales: these negative emotions, treatment-related problems and problems related to social support, while measuring depression was used the adapted version of the Beck Depression Inventory (BDI). To understand the relationship between the variables of the study performed a Pearson correlation analysis. The results show statistically significant positive correlations, indicating that a higher level of depression the greater the level of distress in these patients. These results agree with those found in international literature and from them we can develop effective psychological interventions that contribute to better management of diabetes and a higher quality of life in these patients.

Keywords: Type 2 diabetes, emotional distress, depression.

Agradecimientos.

Primero agradecer a Dios por permitirme tener vida y salud para poder concluir este proyecto, y haberme puesto los medios y las personas en mi camino para realizarlo, por permitirme dar un paso más hacia mi carrera que es lo que amo hacer y a lo que me dedicare el resto de mi vida.

Al Dr. Arturo del Castillo Arreola por su tiempo y dedicación en la construcción de dicho proyecto, ya que sin sus conocimientos y asesorías no hubiera podido realizarlo, agradezco de todo corazón el apoyo en los momentos difíciles por los que atravesó este proyecto, mil gracias por compartir su conocimiento y su tiempo, toda mi admiración y respeto.

A mi madre por su amor incondicional y su esfuerzo constante al apoyarme en este paso tan importante de mi vida y brindarme los recursos económicos y morales, por levantarme cada vez que sentía que ya no podía más, gracias mamá.

A los miembros del jurado Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, Dr. Juan José Sánchez Sosa, Dra. Gloria Solano Solano, Dra. Angélica Romero Palencia, Dra. Norma Angélica Ortega Andrade y Dr. Rubén García Cruz por su tiempo al revisar y retroalimentar este trabajo y formar parte de él gracias.

A todas las personas que de alguna manera tuvieron algo que aportar como conocimiento, tiempo, esfuerzo y por confiar en mi gracias.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico primero a las dos personitas más importantes en mi vida, Katia Sofía y Ana Yohually, mis hijas que son mi motor y quienes no necesitan decirme nada, solo sonreír para levantarme cada vez que siento que ya no puedo más, las amo.

A mi madre por todo el esfuerzo compartido y porque nunca me ha dejado sola en cada uno de los proyectos personales y profesionales que he emprendido en mi vida, dándome su confianza y su apoyo incondicional, te quiero mucho mamá.

Al Dr. Arturo por el tiempo y dedicación hacia este trabajo, por compartir conmigo un poco de su conocimiento y volverse no solo mi asesor sino un amigo en aquellos momentos difíciles de mi vida gracias por dejarme formar parte de sus tutorados y depositar su confianza en mí por ello quiero dedicarlo a usted expresándole todo mi cariño, respeto y admiración.

Introducción

La diabetes es una de las patologías crónicas más frecuentes y de mayor severidad en el mundo que sólo se controla, pero no es curable. Por sus diversas complicaciones, se considera una epidemia mundial de pronóstico alarmante, se estima que alrededor de 366 millones de personas en el mundo la padecen y se espera que esta cifra aumente aproximadamente a 552 millones en 2030. (Federación Internacional de la Diabetes, FID, 2012). En México existe un aproximado de 6.5 a 10 millones de personas con este padecimiento, de las cuales se estima que dos millones aún no han sido diagnosticadas (Federación Mexicana de Diabetes, [FMD, 2010]).

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con lesiones a largo plazo, disfunción e insuficiencia multiorgánica, especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Asociación Americana de Diabetes (ADA), 2009). Existen diversos tipos de diabetes, las principales son: diabetes tipo 1, diabetes gestacional y finalmente la diabetes tipo 2 de interés para el presente estudio, este tipo de diabetes es la más común y se estima que está presente en el 90% de los casos (Asociación Americana de Diabetes [ADA, 2007]; Organización Mundial de la Salud [OMS, 2006]).

En general, la producción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante, pérdida de peso y alteraciones visuales son las consecuencias más importantes para diagnosticar diabetes tipo 2 (OMS, 2006). Para que las personas con diabetes prevengan el desarrollo de dichas complicaciones e influyan favorablemente

en el curso de la enfermedad, deben cumplir con un tratamiento médico; sin embargo, no siempre se encuentran preparados para enfrentarse a un tratamiento complejo, prolongado y que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios de estilo de vida provocando en la mayoría procesos dolorosos, ausencia de conductas de automanejo y una valoración negativa hacia su situación (Sánchez-Sosa, 2002).

En ese sentido, la diabetes no solo daña la salud física sino que también desarrolla problemas emocionales y afecta la salud mental de quien la padece (Lloyd, 2008). Las personas con diabetes presentan un riesgo notablemente mayor en comparación de la población general de experimentar variaciones o reacciones emocionales desadaptativas importantes a lo largo de la enfermedad. Dos de esas reacciones emocionales no adaptativas más frecuentes en personas con diabetes son la depresión y el malestar emocional (Lustman et al., 2000; Martínez, 2009; Morera & González de Rivera, 1983). La primera, la depresión afecta a una de cada tres personas con diabetes y es considerada una condición médica que es más que tan solo sentirse triste, estresado o irritado algunas veces. Cuando una persona además de diabetes presenta diagnóstico de depresión, experimentará una insatisfacción o malestar vital, disminuirá su funcionalidad y calidad de vida y correrá un mayor riesgo de complicaciones micro y macrovasculares (Lustman & Clause, 2004).

Por otra parte el malestar emocional afecta negativamente tanto al organismo como a la mente, manifestando una disminución en los recursos que dispone todo individuo para su afrontamiento (Oros de Sapira & Neifert, 2006). Se ha demostrado que las personas que experimentan malestar emocional tienden a realizar comportamientos dañinos para su salud, como patrones de sueño alterados,

malnutrición o desnutrición, sedentarismo, consumo excesivo de drogas y abuso de alcohol; potenciando los efectos adversos del estrés sobre el funcionamiento inmunológico y sus repercusiones sobre la salud (González & Escobar, 2006). La presencia del 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 (Lazcano & Salazar, 2006). 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 (Lazcano & Salazar, 2006). El malestar es considerado un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes y esta a su vez con todas las implicaciones que lleva desarrolla en cierto grado malestar emocional en quienes la padecen.

Partiendo de estos antecedentes, la presente investigación tuvo como principal objetivo determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo. Este documento se divide en tres capítulos: el capítulo primero incluye de manera detallada la epidemiología, definición, síntomas, formas, factores de riesgo, diagnóstico, complicaciones y tratamiento de la diabetes tipo 2, en el segundo capítulo se describe el Malestar Emocional (Distress), su epidemiología, definición, antecedentes históricos, síntomas y la forma en la que se asocia con la diabetes, en el tercer capítulo describe la epidemiología, etiología, taxonomía, síntomas, causas, consecuencias y tratamiento para la depresión.

Capítulo 1. Diabetes Tipo 2

Epidemiología

La diabetes desde la segunda mitad del siglo XX se ha convertido en un problema de salud mundial (Silva & Guzmán, 2008). Y es uno de los problemas sanitarios más graves de nuestro tiempo, considerándose una epidemia mundial con devastadoras consecuencias humanas, sociales y económicas. La diabetes afecta actualmente a más de 366 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 552 millones en 2030. (Federación Internacional de la Diabetes, FID, 2012).

En la actualidad el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de 40 a 59 años con 113 millones, que representan el 46% del total de casos. Este grupo de edad cuenta con la mayor prevalencia en regiones como América del Sur y Central, el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental, mientras que en el caso de Europa el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de 60 a 79 años (FID, 2006).

Este fenómeno se ha presentado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, donde es más frecuente en las áreas urbanas, México no ha sido la excepción, pues el perfil demográfico está siendo causa y consecuencia del perfil epidemiológico del país. La estructura por edad muestra una población que envejece paulatinamente, con el desplazamiento ascendente de la edad mediana, una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años (Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), 2006). La vida sedentaria junto a los

factores anteriores y una probable susceptibilidad genética propia de poblaciones de origen amerindio han impactado de forma importante en el incremento de la diabetes sobre todo de tipo 2 (Rodríguez, Lazcano, Hernández & Oropeza, 2006).

México ocupa el décimo lugar a nivel mundial entre los países con mayor número de pacientes con diabetes (FED, 2006) con una prevalencia de 6.5 millones de personas; derivado de estos datos se estima que el número de personas con diabetes en nuestro país pueda alcanzar los 10 millones, y lo más relevante es que se calcula que alrededor de 2 millones de personas no han sido diagnosticadas (Federación Mexicana de Diabetes, [FMD, 2010]).

De acuerdo a Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández y Sepulveda (2006) la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, en mujeres fue mayor (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el estado de Hidalgo, Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se registraron 263 mil casos en el año 2006, lo que representa el 7.1 % de la población (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2006).

Definición

La primera referencia del término diabetes se encuentra en el papiro de Ebers (1550 a.c.) y su nombre viene del síntoma más evidente: la orina excesiva. El término Mellitus (que significa dulce) fue agregado varios siglos después (FMD, 2007).

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la

insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con lesiones a largo plazo, disfunción e insuficiencia multiorgánica, especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Asociación Americana de Diabetes (ADA), 2009).

Etiología

La ADA (2009) considera que distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria. De las células beta del páncreas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la resistencia a la acción de la insulina. La acción deficiente de la insulina en los tejidos blanco es responsable del metabolismo anómalo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas en la diabetes, esta deficiencia proviene de la secreción inadecuada de la insulina o de la respuesta deficiente de los tejidos a la hormona, en uno o más puntos de la compleja vía de acción de la insulina. Con frecuencia, en deterioro de la secreción de la insulina coexiste con defectos en la acción de la hormona en un mismo paciente, y no se sabe cuál de estas anomalías es la causa primaria de la hiperglucemia, si es que lo es por sí sola.

Clasificación

Uno de los más importantes requisitos para la investigación clínica y epidemiológica, así como para el tratamiento clínico para la diabetes, es un adecuado sistema de clasificación que proporciona un marco para identificar y diferenciar sus distintos tipos y estadios, por ello se ha dividido a la diabetes en distintos tipos según la ADA (2009):

Diabetes tipo 1

Existe una destrucción de las células beta que usualmente lleva a deficiencia absoluta de insulina. Este tipo de diabetes es causada por un proceso inmunológico. Esta forma de diabetes, anteriormente denominada DMID, diabetes de tipo 1 o diabetes juvenil, se origina por una destrucción auto inmunitaria de las células beta del páncreas. En esta forma de diabetes, la velocidad de la destrucción de las células beta puede ser sumamente variable; es muy rápida en algunos individuos (sobre todo en niños y adolescentes) y lenta en otros (principalmente en adultos). En algunos pacientes, en particular los niños y adolescentes, se pueden presentar con cetoacidosis como primera manifestación de la enfermedad. La diabetes causada por procesos inmunológicos aparece sobre todo en la infancia y adolescencia, pero puede presentarse a cualquier edad, incluso a los 80-90 años. Múltiples factores genéticos predisponen a la destrucción autoinmunitaria de las células beta, que también se relaciona con factores ambientales que todavía no están bien definidos. Con este tipo de diabetes, rara vez los pacientes son obesos, pero la obesidad no es incompatible con el diagnóstico (ADA, 2009).

Diabetes tipo 2

Este tipo de diabetes, antes denominada diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), diabetes tipo 2, o diabetes del adulto, es aquella presente en individuos que tienen resistencia a la insulina y habitualmente una deficiencia relativa (en lugar de absoluta) de insulina.

En un principio, y a menudo para toda la vida, estos pacientes no necesitan tratamiento con insulina para sobrevivir. Probablemente existan muchas causas diferentes en esta forma de diabetes y es posible que la proporción de pacientes en esta categoría disminuya en el futuro, a medida que la identificación de los procesos patogénicos y de los defectos genéticos permita una mejor diferenciación y una subclasificación definitiva. La mayoría de los pacientes con este tipo de diabetes es obesa, y la obesidad en si causa algún grado de resistencia a la insulina. Los pacientes que no son obesos según los criterios tradicionales relativos al peso corporal pueden tener exceso de grasa distribuida sobre todo en la región abdominal. En estos pacientes rara vez se produce cetoacidosis espontáneamente, cuando aparece, suele estar asociada con el estrés producido por otra enfermedad, como, por ejemplo, una infección. Este tipo de diabetes a menudo permanece sin diagnosticar por muchos años porque hiperglucemia se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficiente grave como para ocasionar los típicos síntomas de la diabetes. Sin embargo, estos sujetos tienen alto riesgo elevado de complicaciones microvasculares y macrovasculares (ADA, 2009).

Diabetes mellitus gestacional

Se define como la intolerancia a la glucosa de cualquier grado que aparece o se detecta por primera vez durante el embarazo. Esta definición se aplica independientemente de si el tratamiento es solo la modificación de la dieta o se administra insulina, o de si la entidad se prolonga después del embarazo. No excluye la posibilidad de intolerancia a la glucosa no reconocida, que se hubiera iniciado antes o

comenzado con el embarazo. En la mayoría de los casos la diabetes mellitus gestacional, la glucosa vuelve a niveles normales después del parto. El reconocimiento clínico de ese tipo de diabetes es importante porque el tratamiento, incluido el tratamiento nutricional, la administración de insulina cuando es necesario y la vigilancia fetal antes del nacimiento, pueden disminuir la morbilidad perinatal asociada (ADA, 2009).

Otros tipos específicos de diabetes

En esta clasificación se agrupan factores que se relacionan con defectos genéticos de las células beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducida por fármacos o sustancias químicas, infecciones (rubeola, citomegalovirus, otras), a otras formas poco corrientes de diabetes de tipo inmunológico (síndrome de rigidez “Stiff-Man”, anticuerpos antireceptor insulínico, otros) y a otros síndromes genéticos que a veces se asocian con diabetes (síndrome de Down, Klinefelter, Turner y Wolfram, Ataxia de Friedreich, Corea de Huntington, síndrome de Laurence-Moon-Biedl, distrofia miotónica, porfiria, síndrome de Prader-Willi, Otros)(ADA, 2009).

Síntomas

Los síntomas de la diabetes son similares en los tipos 1 y 2 así como en la diabetes gestacional y entre ellos se encuentran: necesidad de orinar frecuentemente (poliuria), aumento en la sed (polidipsia), adelgazamiento a menudo asociado a polifagia, visión borrosa, fatiga, debilidad e irritabilidad; sin embargo la diabetes gestacional suele diagnosticarse por las pruebas realizadas durante los exámenes

prenatales, más que por la manifestación de los síntomas (Organización Mundial de la Salud(OMS),2006;ADA,2009).

Diagnóstico

La asociación americana de diabetes (ADA, 2009) considera que existen tres maneras posibles de diagnosticar diabetes y todas requieren confirmación, en otro momento y por cualquiera de los siguientes tres procedimientos:

1.- síntomas de diabetes mas glucemia al azar $> 200\text{mg/ dl}$ ($11,1\text{mmol/l}$), es decir, en cualquier momento del día, con independencia del tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos incluyen poliuria, polidipsia y adelgazamiento inexplicable.

2.- glucemia en ayunas $> 126\text{ mg/dl}$ ($7,0\text{mmol/l}$). En ayunas se refiere a que por lo menos en ocho horas no se hayan ingerido calorías.

3.- poscarga de glucosa a las dos horas $> 200\text{mg/dl}$ ($11,1\text{mmol/l}$) en una prueba de tolerancia oral a la glucosa. Es necesario que se realice con una carga de glucosa equivalente a 75g de glucosa deshidratada disuelta en agua.

Factores de riesgo

Aunque tanto factores genéticos como medio ambientales, tales como la obesidad y la falta de ejercicio, parecen desempeñar roles importantes, la causa de la diabetes continua siendo un misterio (ADA,2009) dentro de los factores de riesgo encontramos: a) sobre peso y obesidad, b) antecedentes familiares de diabetes, c)

sedentarismo, d) raza o grupo étnico, e) dislipidemia, f) hipertensión, g) antecedentes de diabetes gestacional o haber tenido productos que pesaron más de 4 kg al nacer o poliquistosis ovárica, h) alteración de tolerancia a la glucosa (ATG) o alteración de la glucosas en ayunas (AGA), i) antecedentes de enfermedad cardiovascular, j) concentración de colesterol y triglicéridos, k) edad, sobre todo en personas de 45 años(ADA,2009;FID,2003).

Consecuencias

Una vez realizado el diagnóstico es importante mantener un control de la enfermedad debido a que cuando la diabetes no es controlada adecuadamente con los tratamientos prescritos, la enfermedad puede tornarse más grave y traer complicaciones. Según la Asociación Mexicana de Diabetes (AMD, 2008) las complicaciones se clasifican en:

Agudas. Se presentan a corto plazo y son:

- Hipoglucemia. Disminución de glucosa en la sangre con aparición de síntomas como: temblor, nerviosismo, sudoración angustia, taquicardia, hambre e irritabilidad.
- Cetoacidosis diabética. Es una alteración provocada por falta de insulina y por la consecuente utilización de otras sustancias (ácidos grasos) como fuente de energía.
- Coma Hiperosmolar. Se caracteriza por importantes elevaciones de glucosa en la sangre y deshidratación.

A)Crónicas: ocurren después de haber tenido una elevación crónica de glucosa en la sangre durante periodos prolongados y son:

- Retinopatía. Daños en los ojos que pueden llevar a la ceguera.
- Nefropatía. Problemas de riñones que pueden terminar en insuficiencia renal.
- Neuropatía. Problemas en la conducción nerviosa que se puede manifestar como falta de sensibilidad en extremidades (puede terminar en gangrena y amputaciones), problemas digestivos, impotencia.
- Complicaciones cardiovasculares. Aumento en la frecuencia de infartos cardíacos, derrames cerebrales y arteriosclerosis.

La diabetes y sus complicaciones tienen importantes consecuencias económicas para los pacientes, sus familias, los sistemas de salud y los países (OMS, 2006) los gastos sanitarios mundiales para tratar y prevenir la diabetes suman cientos de miles de millones de dólares cada año. Datos dados por la OMS (2006) señala que el 80% de las muertes por diabetes viven en países de ingresos bajos y medios, en donde los recursos sanitarios son limitados. Casi la mitad de las muertes por diabetes ocurren en personas menores de 70 años, el 55% de las muertes por diabetes son mujeres. También se calcula que las muertes por diabetes aumentarían más del 50% en los próximos diez años sino se llevan a cabo las medidas necesarias para prevenir este padecimiento.

En particular, las muertes por diabetes se prevé que aumenten en un más de 80% en los países de ingresos medios entre los años 2006 y 2015. Los mayores costos

de la diabetes surgen de los fallecimientos prematuros y las discapacidades provocadas por sus complicaciones, que se podrían prevenir, como las cardiacas, renales, visuales y la enfermedad del pie (FDI, 2006). En 2007 se calcula que el mundo gastó al menos 232 miles de millones de dólares americanos en el tratamiento y la prevención de la diabetes y sus complicaciones. Para 2025, este cálculo de mínimos superará los 32.5 miles de millones de dólares americanos (FID, 2006).

Sin embargo, resulta importante mencionar que los máximos costos de la diabetes no son los cientos de miles de millones que se gastan en complicaciones, sino el sufrimiento que recae sobre las familias (muerte, discapacidad y estrés económico) ya que la diabetes no solo afecta al paciente, sino a todos los miembros de la familia (FID, 2006).

Una forma de prevenir todos los gastos generados por esta enfermedad es que el paciente se someta a una continua a una continua asistencia médica y cumpla de manera adecuada con su tratamiento, el cual tiene como objetivo aliviar los síntomas prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida, reducir la mortalidad por esta enfermedad por sus complicaciones y lograr un control glucémico que según la ADA (2009) consiste en un porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor del 7%, un nivel de glucosa en ayunas correspondiente a 80-125 mg/dl y menor de 140 mg/dl de una a dos horas después de comer.

Hay tratamientos simples y baratos que pueden ayudar a prevenir dichas pérdidas, muchos de los cuales en realidad supondrían un ahorro económico para países ricos y pobres. Los beneficios económicos de la mejora de la prevención y el

tratamiento de la diabetes son relativamente mayores en los países bajos y medios en donde viven la mayoría de las personas con diabetes, pero de muy pocas de ellas reciben un tratamiento económicamente eficaz en la resolución (FID, 2006).

Tratamiento

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos continuos y una educación de los pacientes para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo (ADA, 2009).

El tratamiento de la diabetes debe de estar supervisado por un equipo de profesionales como médicos, enfermeras, nutriólogos, farmacéuticos y psicólogos (ADA, 2009).

La meta inicial en el tratamiento de un paciente con diabetes tipo 2 es lograr niveles de glucemia preprandial (90-130 mg/dl), un nivel máximo de glucosa postprandial (<180mg/dl), colesterol total (<200mg/dl), LDL (<100mg/dl), HDL (> 40 mg/dl), triglicéridos (< 150mg/dl). Presión arterial (<130/80), peso corporal (IMC <25), y un control metabólico (HvA1c) <7% (ADA, 2009).

El tratamiento para lograr estos objetivos consiste en:

El plan alimenticio, actividad física, medicamentos orales, insulina y educación acerca de la enfermedad (ADA, 2006; Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2005).

1.- Plan alimenticio: tiene como objetivo principal mantener dentro de los rangos normales los niveles de glucemia, controlar el sobrepeso y prevenir la obesidad, mantener los perfiles de lípidos, lipoproteínas y niveles de presión arterial de igual forma se pretende prevenir las complicaciones crónicas de la diabetes, como dislipidemia, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión y la nefropatía (ADA, 2009).

El plan alimenticio se establecerá de manera personalizada tomando en cuenta sus condiciones de vida y de acuerdo a su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica y actividad física (ADA, 2009).

2.- Actividad física: las revisiones técnicas de la ADA (2009) sobre el ejercicio de pacientes con diabetes indican el valor de la actividad física en el plan terapéutico de la diabetes debido a que el ejercicio de manera regular ha demostrado mejorar el control de la glucemia, reducir los factores de riesgo cardiovascular, contribuir a la pérdida de peso y aumentar el bienestar.

A diferencia de la diabetes tipo 1 en el cual es necesaria la insulina, la diabetes tipo 2 puede responder al tratamiento con ejercicio, dieta y medicamentos orales.

Existen varios tipos de fármacos antidiabéticos orales utilizados señalados por la ADA (2009), para reducir el nivel de glucosa en la diabetes tipo 2 y se clasifican de la siguiente manera:

Sulfonilureas: que incrementan la producción de insulina por parte del páncreas.

Tiazolidinedionas, ayudan a incrementar la sensibilidad de las células (respuesta) a la insulina.

Medicamentos que retardan la absorción de la glucosa por parte del intestino, entre los cuales están la acarbosa y el miglitol.

Biguanidas, no requieren del tejido pancreático para ejercer su acción, aumentan la sensibilidad hepática a la insulina, suprimen la producción hepática de la glucosa, mejoran el transporte y captación de glucosa periférica mediada por la insulina (Escalante, 2001).

Glitazonas, que aumentan la sensibilidad periférica a la insulina, reducen el hiperinsulinismo, reducen la gluconeogénesis hepática, no produce hipoglucemia, tiene un efecto antioxidante, reduce las cifras de triglicéridos y mejora la función endotelial.

Otros inhibidores de alfa-glucosidasas: disminuyen la digestión de carbohidratos y retardan la absorción de los mismos, reducen la glucemia posprandial, no modifican la producción de insulina, no producen hipoglucemia (INSP, 2006).

3.- Insulina: De acuerdo al INSP (2006) en condiciones fisiológicas, la insulina se secreta en dos patrones:

1.- Secreción basal continúa

2.- Después de las comidas (posprandial o postabsorción de alimentos)

Se calcula que la secreción total de insulina es de 18 a 32 unidades de insulina diaria en personas sin diabetes. La secreción basal controla la producción hepática de glucosa para mantenerla en equilibrio con el consumo de glucosa del sistema nervioso y otros tejidos.

La insulina debe entregarse al torrente sanguíneo, y usualmente se administra por medio de una inyección. Los médicos o las enfermeras deben enseñar a los pacientes como inyectarse insulina, Muchas personas con diabetes se inyectan la insulina debajo de la piel del abdomen, mientras que otros prefieren el brazo o el muslo (American Diabetes Association (AMA), 2007)

La dosis de insulina en personas con diabetes tipo 2, se basa en las cifras de glucemia en ayunas y se considera que los pacientes que requieren dosis menores de 0.3 U/kg/día, pueden ser controlados con sulfonilureas, secretagogos no sulfonilureas, biguanidas o inhibidores de alfa-glucosidasas. En pacientes con glucemia preprandial de 140-200 mg/dl se recomienda usar la aplicación de insulina al acostarse, para controlar la hiperglucemia en ayunas, mientras que en los pacientes con glucemia preprandial persistente mayor a 200 mg/dl es necesario cubrir las necesidades de insulina durante las 24 horas del día. En este caso se ha demostrado la eficacia del uso de dos dosis de insulina N o mezclas de insulina 30/70 (30% de insulina de acción rápida, 70% de insulina N) (INPS, 2006).

4.- Educación en Diabetes: la educación va encaminada al desarrollo de habilidades en la solución de problemas presentes a causa de la enfermedad del paciente, así mismo, debe incluir el asesoramiento de la dieta, ejercicio y en algunos casos la intervención farmacológica, esto es, que los pacientes deben ser enseñados como utilizar los datos para ajustar la toma de comida, el ejercicio o la terapia farmacológica para alcanzar metas y glucemias específicas (ADA, 2007).

La educación es la piedra angular de la conducta clínica ante la diabetes. La educación diabetológica puede mejorar la conducta del paciente ante la enfermedad y el control de la glucemia y la adherencia a ciertos componentes de la atención médica (Barceló, Robles, White, Jadue & Vega, 2001).

Tanto el plan alimenticio, como la actividad física, medicamentos, insulina y la educación en diabetes son aspectos importantes e indispensables dentro del tratamiento, sin embargo no todos los pacientes cumplen con todos estos aspectos. Existen diferentes variables psicosociales que se han asociado al cumplimiento con el tratamiento o automanejo de la diabetes (Gatchel & Oordt, 2003; Glasgow, Fisher, Anderson, La Greca, Merrero & Jhonson, 1999; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Decci, 2004), entre las más citadas están el conocimiento y las destrezas asociadas al manejo de la diabetes, la autoeficacia específica a la diabetes, el locus de control interno, las creencias acerca de la salud, el bienestar emocional, la motivación, la disposición hacia el cambio y el malestar emocional causado por la falta de estilos de afrontamiento al estrés.

El tratamiento es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación del paciente y de quienes lo rodean, lo que implica un cambio sustancial en su estilo de vida (Sánchez-Sosa, 2002).

Factores psicosociales y diabetes

El estudio de los factores psicosociales involucrados en el desarrollo y manejo de la diabetes se ha generado desde distintas perspectivas teóricas, de las cuáles, las surgidas desde el marco de la medicina conductual, han sido las más exitosas en la explicación y modificación de estos factores. La medicina conductual es un campo de estudio que corresponde a la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica (Shapiro, 1988). La investigación en esta área se ha dirigido a aspectos como las emociones, los pensamientos y las conductas, cada uno de estos componentes actúan juntos y se afectan unos a otros durante todo el tiempo a lo largo de la vida del paciente. A continuación se presenta la descripción de cada uno de ellos (Sánchez-Sosa, 2002):

Las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas que juegan un papel muy importante en la recuperación de la salud. Por un lado las emociones frecuentes e intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad; y por otro, las emociones pueden influir en nuestra conducta al impedir que llevemos a cabo las acciones necesarias para el cuidado de nuestra salud (Del Castillo, 2010).

Aunado a lo anterior nuestros pensamientos, ideas o creencias también pueden influir en nuestra conducta y en nuestras emociones generando problemas en el automanejo de la enfermedad. Si un paciente percibe su enfermedad como algo terrible y catastrófico es probable que se sienta incapaz de afrontarlo generando emociones de tristeza y angustia que harán aun más difícil que el paciente lleve a cabo lo indicado

por el médico. Factores como: el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad, de severidad de la enfermedad, la autoeficacia y el control percibido sobre las conducta de salud, estarán ligados a la adherencia al tratamiento (Del Castillo & Martínez, 2010).

El tercer factor psicológico que contribuye al manejo de la enfermedad es la conducta instrumental, que se refiere a toda actividad que sirve como instrumento al individuo para modificar su ambiente (interno y externo) y que trae consigo consecuencias relativamente específicas. Los pacientes con diabetes frecuentemente carecen de las habilidades y las conductas específicas para manejar su enfermedad (monitoreo de glucosa, toma de medicamentos y realización de una actividad física) si los pacientes no aprenden estas habilidades, el tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente para llevar a cabo las rutinas y actividades pertinentes para su tratamiento. Para proporcionar a los pacientes las habilidades para que aprendan a llevar su enfermedad y brindarles recursos de apoyo, es necesario que el profesional de la salud comprenda los factores que promueven o interfieren con este proceso (Del Castillo, 2010).

En la última década la investigación psicosocial ha comprobado que el automanejo de la diabetes es un proceso complejo y multifactorial que se ve influenciado por un rango amplio de interacciones a nivel individual, social y multifactorial que se ve influenciado por un rango amplio de interacciones a nivel individual, social y ambiental. En el modelo descrito por Gonder- Frederick, Cox y Ritterband (2002), señala los resultados a medir en un paciente con diabetes estos

incluyen el control metabólico, calidad de vida, funcionamiento neuropsicológico, bienestar emocional, complicaciones a largo plazo y el funcionamiento familiar, estos resultados estarán mediados por las conductas de automanejo que lleve a cabo el paciente; por la acción de una serie de variables individuales, sociales y ambientales empíricamente evaluadas; y por las intervenciones psicológicas que tienen como propósito modificarlas (Del Castillo & Martínez, 2010).

Dentro de las variables individuales se encuentran las creencias de salud que, a su vez, incluyen las creencias de autoeficacia, el locus de control y las evaluaciones del costo-beneficio; el estudio en habilidades de entrenamiento al estrés; el análisis de el desarrollo de trastornos psicológicos asociados a diabetes entre los más estudiados se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos alimenticios; el malestar psicológico relacionado y no relacionado con la diabetes; variables de personalidad como la ansiedad rango; el sexo y la edad. Las variables sociales que influyen son el apoyo social de pares y 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; el impacto de la diabetes en otros significativos; así como factores sociodemográficos como el origen étnico y el nivel socioeconómico. Por último las variables ambientales incluirán a los sistemas de salud; variables macroambientales; el ambiente escolar y laboral; factores culturales; y programas comunitarios (Del Castillo, 2010).

Capítulo 2. Malestar Emocional (Distress)

Estrés

El estrés acompaña al ser humano desde sus orígenes. A lo largo de milenios ha sido un inseparable estímulo para que las personas hayan logrado aprender de sus experiencias vividas (Mingote, Mingote, Mingote & Pérez, 2003) por lo que se ha convertido en uno de los conceptos más revolucionarios de la psicología y la medicina del siglo XX debido al protagonismo central que ha ocupado en el campo de la salud (Caldera & Pullido, 2007).

Sabemos que las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas que juegan un papel muy importante en la recuperación de la salud. Por un lado las emociones frecuentes e intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad. Y por otro lado las emociones pueden influir en nuestra conducta la impedir que llevemos a cabo las acciones necesarias para el cuidado de nuestra salud (Sánchez-Sosa, 2002).

El interés que se ha dado en los últimos años en relación al tema de estrés se ha ido profundizando tanto en su estudio como en la definición de sus características y sus efectos, todo ello con base en el aumento de las exigencias procedentes del ambiente. Dicho conocimiento, se ha ido extendiendo a diversos profesionales clínicos que aplican los resultados de estudios científicos para ayudar a reducir la angustia emocional, disfunción, las enfermedades físicas y los males sociales generados por estrés (García, 2005).

Epidemiología

Existe una fuerte incidencia de estrés, a nivel mundial uno de cada cuatro individuos sufre algún problema grave de estrés, en las ciudades se estima que el 50% de las personas tienen algún problema de salud mental de este tipo (Ussher, 2001). En países como Estados Unidos, el 70% de las consultas médicas son por problemas derivados del estrés y una cuarta parte de los medicamentos que se venden en ese país, son antidepresivos u otro tipo de drogas que afectan al sistema nervioso central (Caldera & Pullido, 2007). Se ha señalado a México como uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, en razón de que presenta los principales factores que provocan esa enfermedad, tales como pobreza y cambios constantes de situación, además de que los cambios que se viven a nivel político, social y el elevado índice de pobreza que registra el país, provocan que la gente viva en constante tensión y depresión (Ussher, 2001).

Definición

El concepto estrés está relacionado con el vocablo inglés strain, el cual hace referencia a la tensión excesiva, conducente a comprimir y constreñir. En el caso de las ciencias biológicas se usa para describir las características fisiológicas de la respuesta corporal del estrés (Pérez, 2004); sin embargo, el significado del concepto ha sido utilizado desde diferentes perspectivas a lo largo del tiempo.

En un principio la conceptualización del estrés se abordó desde una perspectiva biológica entendiéndolo como una respuesta del organismo, posteriormente apareció una nueva perspectiva, la psicológica, que lo definió como un estímulo y finalmente

aparece la teoría transaccional en donde se unen las perspectivas anteriores y se considera al estrés como una interacción, entre el individuo y su ambiente (Mingote et al., 2003).

Antecedentes Históricos

Hipócrates fue uno de los primeros que planteo la presencia del estrés en la vida del hombre (Grau, Hernández & Vera, 2005); en el siglo XIV el término estrés se usaba para referirse a experiencias negativas y como sinónimo de dureza, tensión, angustia, opresión, adversidad o aflicción. Más tarde, en el siglo XVII la palabra fue utilizada en el contexto de la física por el biólogo Hock, en donde load era la entrada o la carga, stress era la fuerza en el interior del cuerpo y strain representaba la salida, es decir, era la deformación sufrida por el objeto (Lazarus & Folkman, 1991). En este mismo siglo la palabra estrés fue utilizada frecuentemente para expresar el sufrimiento, la privación, las pruebas, calamidades y adversidades que tenían que padecer las personas (Pérez, 2004).

Bernard (citado en Grau et al., 2005) introdujo el termino en la medicina, refiriéndose al estrés como un proceso activo de resistencia y considerando a la enfermedad como resultado de los intentos insuficientes del organismo para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores.

Retomando la idea de Bernard y Canon (citado en Mingote et al., 2003) se refiere al estrés como todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores, es decir, se trata de la evaluación rápida de

una amenaza resultante del significado atribuido a cada situación por un individuo particular.

Sin embargo, el estudio científico del estrés comenzó con los trabajos de Selye (1976) quien, basándose en la observación de reacciones en cadena generadas por el organismo ante situaciones que requerían de una súbita adaptación, desarrollo la teoría del síndrome general de adaptación, en donde entendió al estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, y describió tres fases de su teoría: alarma, adaptación y agotamiento.

En la fase de alarma el individuo percibe un estrés físico o mental, y se inicia la respuesta de lucha o huida (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004). El cerebro envía señales químicas que activan la secreción de catecolaminas y glucocorticoides, las primeras aceleran el ritmo cardíaco, elevan los niveles de glucosa en la sangre y aumentan la presión sanguínea y los segundos operan en la sangre actuando catabólicamente como consecuencia de la situación estresante incrementando el potencial de energía del organismo. Tanto las catecolaminas y glucocorticoides ejercen funciones inmuno-moduladoras que intervienen en el funcionamiento del sistema inmunológico; pues en su intento por restablecer la homeostasis del organismo y hacer frente a la situación de estrés, inhiben el funcionamiento de los sistemas con mayor gasto energético, dejando al organismo expuesto a la acción de agentes infecciosos del ambiente, volviéndolo más susceptible a padecer enfermedades (González & Escobar, 2006).

La fase de resistencia se caracteriza por la vuelta del organismo a la función normal. Todos los efectos físicos de la reacción de alarma han desaparecido y la persona afronta la situación. Muchos factores contribuyen a la capacidad de afrontamiento, como la salud física y mental, la educación, las experiencias, los sistemas de apoyo, que incluyen familia, amigos y compañeros (Markenson, 2007), sin embargo, cuando los recursos no son suficientes, el individuo puede pasar a la siguiente fase (Lewis et al., 2004).

La fase de extenuación aparece cuando la exposición al factor estresante es prolongada o dicho factor es especialmente grave, llegando a este punto, se pierde la capacidad de adaptarse o resistir el factor estresante, por lo que puede que la persona desarrolle una enfermedad grave, que la puede llevar incluso a la muerte, por fortuna, es poco probable que la gente llegue a esta fase (Markenson, 2007).

La perspectiva desde la cual Selye (1976) aborda el estrés se limita únicamente al aspecto biológico y ve al estrés solo como respuesta. Una segunda perspectiva propone el estudio de los estímulos o eventos desencadenadores de la respuesta de estrés. Esta propuesta se enmarca dentro de la teoría de los sucesos vitales de Holmes y Rahe (citado en Oblitas, 2006) quienes conceptualizan al estrés como un estímulo o acontecimiento que altera el equilibrio homeostático del individuo.

La teoría de los sucesos vitales parte de una serie de supuestos: a) todo cambio vital es de por sí estresante; b) los eventos vitales han de ser importantes para producir estrés y c) el estrés psicológico resultante es un factor primordial en la aparición de trastornos y enfermedades (Grau, et al., 2005). En esta nueva teoría se asocia al estrés

a circunstancias o acontecimientos externos al sujeto que son dañinos, amenazadores o ambiguos, que pueden alterar el funcionamiento del organismo y/o el bienestar e integridad psicológica de la persona (Trianes, 2002). Estos acontecimientos pueden ser entendidos también como sucesos vitales y pueden definirse como aquellos eventos que requieren un reajuste sustancial, es decir, un cierto nivel de cambio en la conducta de la persona, lo que los lleva a convertirse en situaciones generadoras de estrés (Sandín, 2003).

Se ha realizado una clasificación de las situaciones causantes de estrés dentro de las cuales se han incluido: estresores físicos, psicológicos y sociales (Casals, 2005). Respecto a los estresores físicos, estos, se clasifican en tres clases: a) cualquier actividad corporal causa estrés ya que el organismo debe de tener a disposición una mayor cantidad de energía para realizar el esfuerzo exigido; b) condicionamientos físicos que obligan a tener una reacción de estrés como calor elevado, estímulos ópticos, frio, heridas mecánicas, etc., y c) procesos corporales que deben ser respondidos con el estrés, como bacterias, virus, sustancias toxicas o sensaciones de dolor que exigen una reacción general de acomodación del cuerpo (Lazarus & Folkman, 1991). Por otra parte los estresores psicológicos comprenden todas las emociones, como la frustración, la ira, los celos, el miedo, los sentimientos de inferioridad, etc. Finalmente los estresores sociales son aquellos que provienen de la interacción con las demás personas: los conflictos con otros individuos constituyen una gran fuente de estrés (Casals, 2005).

Se ha realizado una diferenciación entre los estresores sociales crónicos y los estresores sociales cotidianos; los primeros consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente experimenta en su vida diaria. Muchos de los estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales (Sandín, 2003), y se han clasificado de la siguiente manera: a) sobrecarga de roles, se presentan cuando las demandas exceden las capacidades del individuo; b) conflictos interpersonales en conjunto de roles, es una modalidad de estrés crónico que aparece en formas diferentes, siempre conlleva problemas y dificultades que se originan entre personas que interactúan entre sí en conjunto de roles complementarios, tales como esposa y esposo; c) conflictos entre roles, estos se producen cuando existen demandas incompatibles entre diversos roles, como por ejemplo entre las demandas familiares y laborales; d) por cautividad de rol, se presentan cuando una persona no está dispuesta a llevar a cabo un rol que les incumbe, ejemplo de ello pueden ser las amas de casa o jubilados que prefieren un trabajo fuera de casa, y e) por reestructuración de rol, se refiere al producido por los cambios asociados a la evolución del propio rol (Sandín, 2003). Wheaton (citado, en Sandín, 2003) resalta dos formas más de estrés crónico. Una estaría asociada a estresores de falta de ocupación de rol, como esperar un hijo cuando no se ha podido tener. La otra forma de estrés crónico es la que viene determinada por estresores que definen un nuevo rol, como una enfermedad crónica de larga duración.

Otra visión del estrés es la que hace el modelo procesual o dinámico, a través de la teoría de la evaluación cognitiva. Lazarus (2000) propuso la conceptualización del estrés como un concepto genérico para la totalidad de problemas que incluyen el

estimulo provocador, las reacciones del organismo y diversos procesos intervinientes. Así la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio (Lazarus, 2000).

Años más tarde Lazarus y Folkman (1986) definieron el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Basados en estos antecedentes este modelo especifica que el estrés se va a originar a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno, es decir, atribuye al individuo la acción decisiva en el proceso, ya que el estrés se originara por la evaluación cognitiva se haga este de la situación a la que se enfrenta, la cual se excede sus propios recursos y siente que no puede afrontarlo (Crespo & Labrador, 2003).

De acuerdo con esta propuesta, antes de que ocurra una emoción, las personas hacen de forma automática, frecuentemente inconsciente, una valoración de qué ocurre y esto permite significar para ellos que grado de estrés negativo o Distress les puede ocasionar. En suma, ante cada alternativa o circunstancia aparecerán pensamientos que pueden dar origen a una gama de emociones tanto positivas como negativas. El foco central de la teoría coloca el pensamiento como un mediador entre la circunstancia y las reacciones emocionales de la persona. En este sentido, el modelo confiere un grado de independencia elevado a los procesos cognitivos. En realidad, este grado de independencia no está totalmente justificado ya que los procesos cognitivos forman una unidad indisoluble con los procesos afectivos y tanto las emociones dan lugar a

determinadas evidencias y reflexiones como el pensamiento ocasiona visibles huellas en las emociones (Lazarus & Folkman, 1986).

El estrés surge entonces como consecuencia de la puesta en marcha de estos procesos de valoración cognitiva la cual se lleva a cabo a través de una evaluación primaria de las demandas que implica la situación, determinando el significado del acontecimiento. Intervienen cuatro modalidades de evaluación que son de amenaza (la anticipación de un daño posible), de daño o pérdida (son los resultados de la amenaza), de desafío (es la valoración de la situación que hace el sujeto que conlleva resultados inciertos) y beneficio (es una valoración positiva que no inducirá a estrés) (Crespo & Labrador, 2003). Posteriormente una evaluación secundaria, siendo la valoración de los recursos con los que cuenta el individuo para poder hacer frente a la situación, por tanto estaríamos hablando de los recursos de afrontamiento. Finalmente la reevaluación implica una retroalimentación y permite realizar correcciones respecto a valoraciones anteriores (González & Landeros, 2008). Estas revaluaciones son continuas y pueden modificar la intensidad de la reacción, disminuyéndola o aumentándola (Lazarus & Folkman, 1986).

Es importante mencionar que además de que la respuesta viene determinada por el modo en que la persona percibe la situación, también estará determinada por sus habilidades, recursos y formas de comportarse ante dicho evento (Cruz & Vargas, 2001), es decir que, la reacción del individuo tenga ante determinada situación que le cause estrés no estará en función de cómo es la situación en sí, sino en función de cómo él la valora, por lo que no es posible establecer el valor estresante objetivo de una

determinada situación (Hernández & Grau, 2005), ya que lo que puede resultar muy estresante para una persona para otra no puede significar lo mismo y por ende le afectara poco o nada (Crespo & Labrador, 2003).

Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos. Según Lazarus y Folkman (1986) serian recursos materiales y económicos; vitales, como lo son la salud y energía; psicológicos, referentes a las creencias positivas; técnicas de solución de problemas; habilidades sociales y el apoyo social.

Otro aspecto importante son las estrategias de afrontamiento caracterizadas por aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991). La función del afrontamiento es identificar aquellos elementos que intervienen en la relación que se da entre situaciones estresantes de la vida y sin síntomas de enfermedad y a su vez actúa como regulador de la perturbación emocional (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdez, 2003).

Lazarus y Folkman (1986), plantean dos estilos de afrontamiento, el centrado en el problema y aquel centrado en la emoción. El primero de ellos generalmente se enfoca en la búsqueda de soluciones alternativas y en la consideración de tales alternativas con base en su costo y beneficio. Este tipo de afrontamiento engloba un conjunto de estrategias más amplio, ya que la resolución de un problema implica un objetivo, así como, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno. Existen dos

grupos principales de estrategias dirigidas al problema, las que hacen referencia al entorno y las que refieren a la persona; en el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos etc., y en el segundo grupo se encuentran aquellas encargadas de los cambios motivacionales o cognoscitivos, como la variación del nivel de las aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos o aprendizajes nuevos (Lazarus & Folkman, 1991; Scheier, Carver & Bridges, 1994; Taylor, Peplau & Sears, 2000). Dentro de este estilo también pueden encontrar estrategias como la aceptación de la responsabilidad, el autocontrol y la búsqueda de apoyo social (Lazarus & Folkman, 1986).

Además de las estrategias que se utilizan dentro de los estilos de afrontamiento anteriormente mencionados Carver, Scheier y Weintraub (citado en Cassaretto et al., 2003) amplían el panorama presentando quince estrategias: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de las emociones, el uso de alcohol y drogas y el compromiso conductual y cognitivo.

Una vez que se ha hablado de los estilos y estrategias resulta importante hablar de los recursos de afrontamiento, definidos como aquellas características o acciones encaminadas a controlar el estrés (Mantik, McLean, Ruff & Bucher, 2004). Lazarus y Folkman (1991) identificaron dos categorías de recursos de afrontamiento, recursos individuales (internos) y recursos ambientales (externos). Los recursos individuales

incluyen recursos físicos y psicológicos. La salud y la energía son ejemplos de recursos físicos, por otra parte, los recursos psicológicos involucran las creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza, favorecen el enfrentamiento en las condiciones más adversas, y las aptitudes de resolución de problemas que incluirán habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades, alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseables y elegir un plan de acción apropiado. Los recursos ambientales se conforman por recursos sociales y materiales, los primeros involucran habilidades sociales y apoyo social; las habilidades sociales están relacionadas con la capacidad de la persona para comunicarse y actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva facilitando la resolución de los problemas en coordinación con otras personas; y por otro lado el apoyo social implica el apoyo emocional, informativo e instrumental. Respecto a los recursos materiales, estos hacen referencia al dinero a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Se ha referido que los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de enfrentamiento en la mayoría de las situaciones estresantes puesto que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo, a la asistencia legal, medica, financiera y de cualquier otro tipo, así mismo puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza facilitando el afrontamiento efectivo (Lazarus & Folkman, 1991).

Aun cuando la persona cuente con diferentes recursos para hacer frente a las demandas de la vida, existen factores personales que pueden limitar la utilización de estos recursos como son las creencias, valores, tolerancia a la ambigüedad, miedo al fracaso, así como el grado de amenaza percibida (Grau et al., 2005).

Una vez que se ha tocado el tema del estrés, un punto a considerar es que no todo tipo de estrés es perjudicial para la salud, puesto que todo individuo para responder a las exigencias de la vida cotidiana requiere de una determinada cantidad de estrés que le facilite la búsqueda del bienestar y realización personal a este nivel se le denomina eustres y se define como una situación en la que la buena forma física y el bienestar mental facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial; por otra parte existe un tipo de estrés muy habitual, que lejos de ser saludable, resulta nocivo para la salud y provoca una sensación incómoda de malestar y se ha identificado como Distress, reconocido en la lengua española como malestar emocional (Oros de Sapira & Neifert, 2006).

Malestar emocional (Distress)

El Distress se refiere a un tipo de estrés destructivo que puede generar angustia, dolor o ambos. Es importante mencionar que en el lenguaje castellano el término Distress no existe, por lo que el estrés negativo se le ha reconocido como malestar emocional (Oros de Sapira & Neifert, 2006) afirman que el malestar emocional afecta negativamente tanto al organismo como a la mente, manifestando una disminución en los recursos que dispone todo individuo para su afrontamiento.

A pesar de la diferenciación que se ha hecho del estrés positivo y negativo, la mayoría de las veces se hace una generalización de todo proceso de estrés como negativo, es decir, siempre se utiliza el vocablo “estrés” de manera general, cuando en realidad se habla de estrés negativo o malestar emocional, esto ha llevado a convertir al estrés positivo y negativo en meros sinónimos, por lo que la mayoría de los autores que

estudian el malestar emocional lo hacen mediante el término estrés y son pocos los que marcan la diferencia entre las dos expresiones (Peiró, 1993).

Es importante mencionar que la vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). A su vez, está determinada en gran medida por factores tales como la herencia, antecedentes de enfermedades anteriores, salud física y mental, alimentación, contexto profesional y social, así como también el perfil de personalidad, mismos que influyen considerablemente en su sintomatología.

Síntomas

Existe una variedad de signos y síntomas asociados al estrés los cuales pueden clasificarse en físicos y psicológicos. Dentro de los primeros se encuentran los dolores de cabeza, fatiga, intranquilidad, perturbaciones en el sueño, así mismo, puede presentarse tensión muscular, problemas gastrointestinales, dolores estomacales, problemas digestivos e incremento en la frecuencia cardíaca y presión sanguínea (Frank, Collins, Kristen, Kimberly, Brian, & Williams, 2003).

Respecto a los síntomas psicológicos estos pueden manifestarse mediante reacciones cognoscitivas, emocionales y conductuales. En el área cognoscitiva puede presentarse un decremento en la concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, cambios en la velocidad de la respuesta, aumento en la frecuencia de errores con decisiones inciertas, deterioro de la capacidad de organización y planeación a largo plazo, pérdida de objetividad y

capacidad crítica, los patrones de pensamiento pueden volverse confusos e irracionales (Grau, et al., 2005). Las reacciones emocionales incluyen, aumento de la tensión, disminución de la capacidad para relajarse y detener preocupaciones ansiosas, aumento de hipocondría, cambios en rasgos de personalidad y preocupación por la apariencia física, aumento de explosiones emocionales, depresión del ánimo y sensación de impotencia e incontrolabilidad de los propios actos, pérdida de autoestima con sentimientos de incompetencia (Grau, et al., 2005); También puede presentarse nerviosismo, ira, irritabilidad, confusión, impotencia, sentimientos de soledad y depresión (Frank et al., 2003). Finalmente los síntomas conductuales pueden manifestarse mediante problemas en la comunicación y el habla, disminución del interés y entusiasmo por objetivos y metas vitales, disminución de pasatiempos, aumento del ausentismo e impuntualidad en el trabajo, aumento en el consumo de drogas y sustancias psicoactivas, descenso en los niveles de energía, alteración en los patrones de sueño, aparición de patrones de conductas extrañas y amenazas de daño autoinfligido (Grau, et al., 2005).

Estrés asociado a la Salud y la Enfermedad

La asociación entre estrés y enfermedad se menciona desde los primeros trabajos de Selye y la descripción del síndrome general de adaptación. Un estado de funcionamiento idóneo del organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuando existe una alteración prolongada en este equilibrio, pueden desencadenarse manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico produciendo la aparición de enfermedades (Morera & González de Rivera, 1983).

Por otra parte, retomando la idea del estrés como un agente positivo y/o negativo se ha hablado de un continuo estrés-salud-enfermedad que puede describirse como un círculo vital el cual define a la salud como un estado positivo de bienestar donde el estrés se configura y se vive como una situación de creatividad y actividad efectiva, pero puede dar paso a la utilización de estilos disfuncionales de afrontamiento del estrés y llegar a producir alteraciones psicobiológicas asintomáticas prolongadas conduciendo a la aparición de enfermedades (Mingote et al., 2003).

La relación entre el estrés y la enfermedad puede observarse desde dos puntos, el primero considerado el estrés como agente causal o coadyudante en la génesis y desarrollo de la enfermedad; y el segundo considerado la enfermedad como acontecimiento productor del estrés en la persona (Steptoe & Ayers, 2004; Rodríguez, 2001). En el primer caso, se ha retomado un concepto importante, el de alostasis, que se refiere a la posibilidad de que se produzcan cambios fisiológicos relevantes con el fin de mantener la homeostasis frente a la demanda de aumento de la actividad (Sterling & Eyer, 1995); este sistema alostático se pone en marcha por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad (McEwen, 1995).

La relación entre estrés y enfermedad también está basada en los cambios fisiológicos, pues se han observado que la liberación de catecolaminas y corticosteroides ante la reacción del estrés tienen efectos negativos sobre el sistema cardiovascular, conduciendo a la formación de placas de ateroma en la pared de los vasos, reduciendo el calibre de las arterias y produciendo cardiopatía isquémica, que se

manifiesta principalmente como angina de pecho o infarto al miocardio. También se ha observado que el estrés y el mantenimiento de niveles circulantes elevados de glucocorticoides y catecolaminas conllevan a la supresión del funcionamiento del sistema inmune, con el consecuente aumento en la susceptibilidad para contraer infecciones y de prolongar la duración de las enfermedades infecciosas y el tiempo de cicatrización de heridas (Frank et al., 2003; Glaser, 2005; Sternberg, 2001). Lo mencionado anteriormente, ha sido demostrado en diferentes estudios en donde se ha reportado que la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos pueden llevarlo al desarrollo de alteraciones cardiovasculares, hipertensión, úlcera péptica, dolores musculares, asma, jaquecas, pérdida de la calidad de vida, depresión y otros problemas de salud (Cockerham, 2001; Siegrist & Weber, 1986; Turner Wheaton & Lloyd, 1995).

Es importante aclarar que la asociación entre estrés y enfermedad no solo se da directamente por la respuesta fisiológica, sino también a través de una ruta indirecta, afectando la conducta del individuo. En referencia a esto, se ha demostrado que las personas que experimentan estrés tienden a realizar comportamientos dañinos para su salud, como patrones de sueño alterados, malnutrición o desnutrición, sedentarismo, consumo excesivo de drogas y abuso de alcohol; potenciando los efectos adversos del estrés sobre el funcionamiento inmunológico y sus repercusiones sobre la salud (González & Escobar, 2006) .

Respecto a la consideración de la enfermedad como suceso causante de estrés, existen diferentes factores que propician su carácter estresante, entre los cuales se

pueden mencionar su duración (aguda/crónica), su forma de aparición (repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta e insidiosa), su intensidad, gravedad y las etapas del proceso de enfermedad (Rodríguez, 2001).

Otro aspecto que determina la enfermedad como situación de estrés, es que se ha considerado como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. Además de ello, en la mayoría de las sociedades y las culturas se otorga a la salud un valor muy alto, por lo tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante, produciendo un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando con ello una situación de desequilibrio, lo que da lugar al estrés (Rodríguez, 2001).

De acuerdo con lo anterior se ha referido que las enfermedades crónicas son las que causan mayor estrés en los pacientes, debido a su carácter crónico así como por las demandas hacia el paciente para la modificación de sus estilos de vida y adaptación a su enfermedad (Vinaccia & Orozco, 2005).

Las investigaciones que se han realizado respecto al estrés en enfermos crónicos refieren que el estrés está presente desde el momento en el que se recibe el diagnóstico y este puede manifestarse con frecuencia en estados emocionales negativos entre los cuales la ansiedad y la depresión son los más habituales (Forner, Guerrero, Gilabert & Rojo, 2002); sin embargo, existen otras manifestaciones emocionales como son la culpa, el desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira

y otros estados afectivos negativos que también han servido para evaluar el estrés asociado a la enfermedad (Rodríguez, 2001).

Estrés asociado a la Diabetes

En la actualidad la diabetes es una de las enfermedades crónicas que ha sido considerablemente asociada con el estrés emocional, y su relación se ha estudiado desde dos perspectivas, en primer lugar considerando al estrés como un factor de riesgo importante en el desarrollo de la enfermedad (Meland, Shirom, Toker & Shapira, 2006), en segundo lugar se han realizado estudios sobre la diabetes como suceso estresante (Garay, Malacara, González, Wróbel & Gutiérrez, 2000; Peyrot, McMurray & Kruger, 1999).

Estrés como factor de riesgo. Respecto al estrés como factor de riesgo para la diabetes, se han realizado diferentes estudios aplicados en animales en donde se ha reportado que situaciones estresantes pueden inducir a altos niveles de glucemia, sin embargo son pocos los estudios que han demostrado estos resultados en seres humanos (Meland, Shirom, Toker, & Shapira, 2006)

Otra forma de entender al estrés es mediante el agotamiento vital y se ha encontrado que características relacionadas con este agotamiento como sentimientos de cansancio excesivo, carencia de energía, irritabilidad y hostilidad, están asociados con el desarrollo del síndrome de resistencia a la insulina representando un riesgo para la diabetes tipo 2 (Raikkonen, Keltikangas & Adlercreutz 1999).

Sin embargo, es importante aclarar que no todos los estudios han demostrado una asociación entre estrés y el desarrollo de diabetes y muchos de los estudios que lo han hecho han trabajado con un número pequeño de individuos o han carecido de controles adecuados (Cosgrove, 2004). Específicamente en la diabetes tipo 1 la asociación entre sucesos estresantes y el desarrollo de la enfermedad no ha quedado comprobada (Meland et al., 2006; Surwit, Tilburg, Zucker, McCaskill, Parekh, Feinglos, Edwards, Williams & Lane, 2002).

Estrés como respuesta a la diabetes. Respecto al estudio que se ha hecho sobre la diabetes como suceso de estrés, diferentes variables se ha asociado con la presencia del estrés en la diabetes como son, el impacto del diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad, el cambio en el estilo de vida, control glucémico, el apoyo social, entre otras (Hains, Davies, Parton & Silverman, 2001; Polosky, 2005; Snoek, 1999).

Polosky (2005), integro estas variables en un solo concepto al que denomino malestar emocional y lo definió 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 asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social.

En un estudio dirigido a personas con diabetes tipo 1 y 2 para detectar las actitudes deseos y necesidades respecto a su diabetes (estudio DAWN) se reportó que de las 5104 personas entrevistadas el 85.2 por ciento presentó malestar emocional como respuesta al diagnóstico, experimentando sobresalto, culpa, enfado, ansiedad,

depresión e impotencia; posterior al diagnóstico el malestar permanece reflejando el miedo a futuras complicaciones así como cargas psicológicas y sociales, el 73.6 por ciento de los entrevistados en el estudio reportaron al menos uno de estos miedos o cargas; así mismo se reportó que la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 1 y 2 experimentan problemas psicológicos, el 67.6 por ciento respectivamente (Skovlund & Peyrot, 2005).

Otro estudio para detectar la presencia de estrés en pacientes con diabetes tipo 2, se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco, el estudio tuvo como objetivo describir las características psicosociales de los pacientes, se encontraron altos niveles de estrés en el 26 por ciento de la población estudiada (Colunga, García de Alba, González & Salazar, 2008).

La presencia del 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 (Lazcano & Salazar, 2006). 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 (Lazcano & Salazar, 2006).

Si un paciente percibe su enfermedad como algo terrible y catastrófico es probable que se sienta incapaz de afrontarlo generando emociones de tristeza y angustia que harán aún más difícil que el paciente lleve a cabo lo indicado por el médico, los pacientes con diabetes frecuentemente carecen de las habilidades y conductas específicas para manejar su enfermedad (monitoreo de glucosa, toma de

medicamentos, realización de una actividad física). Si los pacientes no aprenden estas habilidades, el tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente para que el paciente lleve a cabo rutinas y actividades pertinentes para su tratamiento (Sánchez- Sosa, 2002).

Es así como los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos en enfermedades crónicas son a) diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto; b) nivel intelectual y cultural en general; c) características personales (resistencia personal y autoestima); d) características propias de la enfermedad y su valoración social (afectación de la imagen corporal, el estigma de la enfermedad) y e) el apoyo social (Buceta & Bueno, 2001; Hernández & Grau, 2005).

En un estudio realizado en el estado de Hidalgo, donde se aplica una intervención de cognitivo- conductual para modificar los niveles de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2, la muestra se encontraba en niveles moderados de malestar emocional, después de dicha intervención hubo cambios significativos en los niveles de malestar emocional de los pacientes que se sometieron a dicha intervención (Martínez, 2009).

En otro estudio en el que se determina el nivel de malestar emocional en pacientes diabéticos, mostro en términos generales que los pacientes mostraron niveles moderados de malestar, el 78% mostro puntajes por debajo de la media teórica del instrumento (Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2010). Existe otro estudio donde la hipnosis es utilizada como un coadyuvante al asesoramiento para reducir estrés relacionado con

la diabetes y del estrés de la vida cotidiana, y a su vez ha ayudado, en la mejora del control metabólico en estos pacientes (Mendoza & Capafons, 2009).

Así el malestar emocional y la diabetes tienen una estrecha relación ya que el malestar es considerado un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes y esta a su vez con todas las implicaciones que lleva desarrolla en cierto grado malestar emocional en quienes la padecen. En México se han realizado estudios cuyo objetivo ha sido medir el malestar emocional en pacientes con diabetes ante el diagnóstico y ante el manejo de la enfermedad, sin embargo, no existen estudios cuyo objetivo haya sido correlacionar el malestar emocional con otras variables psicosociales que de igual manera afectan a quienes padecen diabetes. De ahí que el presente estudio incorpore la medición del nivel de depresión y su correlación con el malestar emocional de pacientes con diabetes.

Capítulo 3. Depresión

Una persona que padece diabetes no solo se enfrenta a los daños, que esta puede causar en su salud física, sino también, en su salud mental desarrollando problemas emocionales (Lloyd, 2008).

Las personas con diabetes presentan un riesgo mayor de experimentar fluctuaciones, variaciones o reacciones emocionales desadaptativas importantes a lo largo de las fases inicial, intermedia y final de su enfermedad en comparación con la población general. Dicha fluctuación emocional en interacción con otros factores físicos, psicológicos y sociales provocan, en muchos de los casos, procesos dolorosos, deterioro y una valoración negativa de la situación en el paciente con diabetes (Rickheim, Flader & Carstensen, 2000).

Una de las reacciones emocionales no adaptativas que con mayor frecuencia se presentan en las personas que padecen diabetes son los síntomas depresivos (De Los Ríos, Barrios & Ávila, 2004; Lustman & Anderson, 2002; Robles, 2006).

Epidemiología

Según la OMS (2010) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. Esta advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta

en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión; cada año se suicidan más de 800.000 personas.

Respecto al número existente de personas con diabetes y depresión, se sabe que las personas con diabetes tienen el doble de riesgo de padecer depresión en comparación con la población en general. Aproximadamente, una de cada tres personas con diabetes experimenta sintomatología depresiva, identificada con mayor frecuencia en las mujeres (ADA, 2005). En promedio el 20% de hombres y el 40% en las mujeres con diabetes experimentan por lo menos un episodio de depresión a lo largo de toda su vida (Lutsman & Clouse, 2004).

Sintomatología

Para identificar a una persona con depresión existen criterios diagnósticos basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV-TR), [American Psychological Association [APA], 2005; NIMH,2009a] el cual indica que para la realización de un diagnóstico de depresión deben estar presentes la mayor parte del día casi todos los días en las últimas dos semanas por lo menos cinco de siguientes síntomas: a) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás); b) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día; c) insomnio o hipersomnia

casi cada día; d) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido); e) fatiga o pérdida de energía casi cada día; f) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo); g) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena); h) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Es probable que existan personas que ante la muerte de un ser querido, el diagnóstico de un nuevo problema médico, la pérdida del trabajo, etc.; presenten sintomatología depresiva, sin embargo, se espera que estos síntomas disminuyan después de unos cuantos días o semanas (ADA, 2009; ADA, 2005b).

La sintomatología de la depresión, entonces, podríamos dividirla de acuerdo a las siguientes áreas:

- Estado de ánimo: sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía, sensación de infelicidad.
- Cognoscitiva: dificultades en la concentración, pérdida de interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión, ideas suicidas.
- Conducta: retraso o agitación psicomotriz, aislamiento, relaciones de dependencia, llanto, suicidio.

- Somática: insomnio o hipersomnia, fatiga, aumento o disminución de apetito, pérdida o incremento del peso, molestias gástricas, falta de deseo sexual (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2007).

Cabe señalar, que los criterios mencionados anteriormente son válidos para la identificación de depresión en personas con diabetes, sin embargo hay otros aspectos durante la evaluación de la problemática, que hay que tomar en consideración ya que la sintomatología depresiva en los diabéticos pudiera relacionarse con efectos derivados de algunos medicamentos ([Organización Panamericana de la Salud] (OPS), 2006) o con síntomas característicos de la misma enfermedad. Por ejemplo, las personas con diabetes al igual de las que sufren depresión pueden perder peso, sentir cansancio, fatiga, sufrir de insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, etc. Y no por esto están deprimidas (ADA, 2009; Lustman, Griffith, Clouse & Cryer, 1986; Pérez-Tamayo, Rivero & Tanimoto, 2007).

Lustman y Clouse (2004) sugieren que los síntomas depresivos en personas con diabetes son lo suficientemente significativos como para interferir y deteriorar el funcionamiento del individuo y requerir intervención clínica siempre y cuando se descarte la posibilidad de que sean explicados por algún medicamento, alguna condición médica o el duelo.

Taxonomía

El impacto en el funcionamiento y calidad de vida en el paciente ayudara también a clasificar la depresión como leve, moderada, o grave (OMS, 2007).

En la depresión considerada como leve, por lo general concurren dos o tres de los síntomas ya mencionados, sin embargo, la persona puede seguir realizando la mayoría de sus actividades (OMS,2001b). En los episodios depresivos moderados, suelen coexistir cuatro o más de los síntomas y el afectado tiene a menudo grandes dificultades para realizar las actividades cotidianas. Finalmente, en la depresión grave, los síntomas revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, a lo que se añade normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad y son frecuentes las ideas y actos suicidas. Que en ocasiones, si la depresión es muy severa, puede estar acompañada de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios ([National Institutes of Health] (NIMH), 2009a).

Es importante mencionar que hay otros trastornos en donde la depresión también participa y suele confundirse, sin embargo, estos tienen características que los hacen diferentes a la depresión unipolar. Por ejemplo, el trastorno conocido como trastorno bipolar (ADA, 2005a; APA, 2003), o el trastorno distímico, este, a diferencia de la depresión se caracteriza por que los síntomas están presentes de manera más leve pero su duración es de por lo menos dos años. Las personas con distimia a menudo están faltos de ánimo y entusiasmo por la vida, y viven una existencia sin júbilo y energía que casi parece ser una extensión natural de su personalidad (NIHM, 2009b).

Causas

En la actualidad se sabe que las causas de dicho padecimiento es el resultado de una interacción compleja entre diversos factores, tanto genéticos, físicos y psicológicos, (ADA, 2005a).

Dentro de las causas biológicas encontramos a la genética que tiene que ver en el desarrollo de la misma y es que la existencia de una historia familiar de la enfermedad aumenta el riesgo de padecerla, sin embargo, hay que señalar que no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, simplemente podrán haber heredado una predisposición biológica y se requiere de otros factores como los que se mencionan a continuación para que la depresión se presente (NIMH, 2009b).

Es así como el desequilibrio de ciertos neurotransmisores, juegan también un papel importante en los trastornos depresivos. Por ejemplo bajos niveles de serotonina y de otras sustancias químicas en el cerebro son afectados debido al consumo de alcohol o algunas otras sustancias como la nicotina o drogas ilegales. Aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia; por ejemplo son las personas deprimidas que usan el alcohol u otras sustancias como una forma de automedicación, lo que evidencia el círculo vicioso que se forma entre la depresión y el consumo de ciertas sustancias incluyendo la nicotina (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd & Goodwin, 1993; Solomon, 2002).

Respecto a los factores psicológicos, la depresión se ha asociado con la forma en que las personas reaccionan a eventos estresantes y a los procesos de interacción continua entre los sujetos y su ambiente al que tratan de adaptarse con mayor o menor éxito. Las personas con características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la

preocupación excesiva serán más vulnerables a padecer de depresión al enfrentarse a condiciones de vida adversas como la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, el diagnóstico de una enfermedad (Jervis, García & Calvo, 2005).

La depresión ha sido definida de diversas maneras en función de la corriente teórica en la que se inserta cada autor. Lewinsohn (1974) de orientación conductista, define la depresión como un "síndrome constituido por diversas conductas anómalas en los ámbitos emocional, social y psíquico". Para este autor, una gran parte del síndrome depresivo puede explicarse en base a la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta emitida, al empobrecimiento del repertorio de habilidades sociales y a una disminución de los refuerzos de tipo social.

Por otra parte, Beck (2000) teórico cognitivista, define la depresión como "un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas". Para este autor lo más característico del trastorno depresivo es lo que denomina la triada cognitiva: el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde

entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas. Visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro (Aldea, 2006).

Otros enfoques plantean que el impacto de sucesos vitales estresantes predispone a la depresión cuando el paciente no posee habilidades específicas para enfrentarlos y resolverlos (Dahab et al., 2007).

Depresión y Diabetes

Con lo que respecta a la depresión y la diabetes, se sabe que existe una relación entre ambas afecciones, por un lado, las personas con diabetes presenta un riesgo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen; también se cree que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (ADA, 2005a; Lloyd, 2008; Lustman & Close, 2004; Pineda, Bermúdez, Canno, Mengual, Romero, Medina, Leal, Rojas, & Toledo, 2004; Shea & Owen- Gary, 2009).

En la conexión entre diabetes y depresión, se encuentran en primer lugar diversos factores que funcionan como mediadores entre ambas. En primer lugar se encuentran los factores que relacionan a la depresión con la falta de concentración de la persona para llevar a cabo conductas ligadas a su tratamiento (ADA, 2005a). Investigaciones recientes han documentado un conjunto creciente de pruebas que indican relación entre ambas afecciones; en promedio, una de cada cuatro personas con diabetes experimenta síntomas depresivos a lo largo de su vida. Esto se debe a que los pacientes se enfrentan a un número importante de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección. Así los pacientes con diabetes y su familia al enfrentarse a un tratamiento que implica cierto

nivel de complejidad, es prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios los cuales no siempre están preparados para realizar, presentan variaciones emocionales importantes a lo largo de las fases inicial, intermedia y final de la enfermedad. En muchos casos esto acarrea como consecuencia de procesos dolorosos, así como el deterioro y la valoración negativa hacia su situación en comparación con sus iguales que no la sufren (Del Castillo & Martínez, 2010).

Del Castillo y Martínez (2008) y Sánchez-Sosa (2002) mencionan que cuando las personas adquieren una condición crónica como la diabetes, no siempre se encuentran preparados para enfrentarse a un tratamiento que implica cierto nivel de complejidad, es prolongado y que requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios, si esto se prolonga, puede desencadenar que algunas personas se sientan altamente agobiados por las demandas y modificaciones del cuidado diario, por las posibilidades de sufrir complicaciones a largo plazo, por el costo del cuidado de la enfermedad y por los efectos que pueden provocar en su vida familiar y laboral, etcétera.

Por otro lado cuando una persona con diabetes presenta depresión no solo la falta de adherencia terapéutica ocasiona que el sujeto experimente insatisfacción o malestar vital, y disminuya su calidad de vida, sino que presente un mayor riesgo de complicaciones, episodios de hipoglucemia y pobre control glucémico, sino que también existen una serie de cambios fisiológicos característicos de la depresión que contribuyen a que todo esto se manifieste (Lustman et al., 2000; OMS, 2001a; Robles, 2006; Shea & Owens-Gary, 2009).

En ese sentido el aumento en la secreción de cortisol, procesos inflamatorios, disminución en el pulso cardíaco y alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central (sobre activación del sistema simpático) pueden contribuir directamente en la aparición de hiperglucemia, incrementan la resistencia a la insulina, y por tanto, pueden acelerar las complicaciones (Lustman, et al., 2000; Lustman & Clouse, 2004).

Diversos estudios realizados con personas con depresión sin y con diabetes, han documentado la posibilidad de que padecer depresión por si sola aumenta al doble el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (Eaton, Armennian, Gallo, Pratt y Ford, 1996; Lloyd, 2008; Pineda et al.,2004; Lustman & Clouse, 2007; Shea & Owens- Gary, 2009), esto, al señalar que existen ciertas sustancias cerebrales (como el cortisol) que al interactuar con otros factores como la inactividad física y la obesidad (Sadek & Nemeroff, 2000) provocan un aumento en la resistencia a la insulina principalmente, lo que hace que con el tiempo, los niveles de glucosa en la sangre se incrementen más de lo normal y provoquen hiperglucemias (ADA, 2005b; Lustman & Clouse, 2007). Esto coincide con estudios longitudinales que señalan que sintomatología depresiva en una muestra precedió al diagnóstico de diabetes en el 90 % de los casos en un periodo de 8 a 10 años (Lustman & Clouse, 2004).

No obstante y pese a que diversas investigaciones han encontrado que existe una relación bidireccional entre depresión y diabetes, la explicación sobre esta relación sigue siendo compleja y persisten muchos interrogantes sobre los mecanismos específicos de dichas relaciones (OMS, 2001a).

Tratamiento

La depresión tiende a volverse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo (OMS, 2007), su detección oportuna permitirá que personas con diabetes, reciban el tratamiento adecuado que genere mejoras significativas en su estado de salud como la reducción en la posibilidad de padecer complicaciones, mejore la adherencia terapéutica, obtenga un adecuado control glucémico, y finalmente reduzca la probabilidad de muerte prematura (Colunga et al., 2008; Pineda et al., 2004).

La OMS (2001a) sugiere que la depresión puede tratarse y manejarse con éxito y que el 60 % de los casos logran recuperarse satisfactoriamente. En general, el tratamiento para la depresión suele implicar el uso de medicamentos antidepresivos y psicoterapia.

Por lo que respecta a los antidepresivos, estos son medicamentos que regulan reacciones químicas que se producen en el cerebro las cuales, contribuyen a que la depresión se presente. Básicamente existen tres tipos de medicamentos antidepresivos: los tricíclicos que funcionan aumentando la concentración de epinefrina y serotonina; los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina quienes aumentan el nivel de serotonina en el cerebro y finalmente los inhibidores de la monoaminoxidasa que son enzimas que descomponen los neurotransmisores. Al reducir esta enzima, aumenta la cantidad de neurotransmisiones y pueden transmitir señales nerviosas adecuadamente (Katon & Miranda, 1997; Solomon, 2002).

El otro aspecto necesario para tratar la depresión con eficacia, es la aplicación del algún tipo de psicoterapia. A continuación se mencionan algunas de las intervenciones más importantes en el tratamiento de la depresión (Del Castillo & Martínez, 2010).

En primer lugar, se encuentra la psicoterapia psicodinámica, la cual, de manera general, parte del supuesto a que algunas reacciones excesivas de una persona ante diversos sucesos de la vida se basan en experiencias vividas en la infancia temprana. De este modo, una posible explicación para la depresión que, por ejemplo, sufre una persona como consecuencia de la muerte de un ser querido, pudiera estar relacionada con sentimientos de culpa por problemas anteriores con esa persona. Para comprender de mejor manera esta explicación, es importante mencionar lo que propuso Sigmund Freud, el más grande representante de esta teoría (Del Castillo & Martínez, 2010). Freud hablaba de la diferencia entre dos términos que podrían ayudar a entender la depresión: estos son el duelo y a melancolía. Freud señalaba que, aunque se parecen, existen diferencias entre ambos conceptos. Por un lado, el duelo es una reacción no patológica frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción, como la patria, la salud, la libertad, un ideal, etcétera, cuando alguien pierde a un ser querido, por ejemplo, el proceso de duelo contiene dolor, se pierde el interés por el mundo exterior y las personas dejan de ser productivas. Sin embargo, esto ocurre por un tiempo breve que permite que la persona sea capaz de elaborar su pérdida. Por otra parte la melancolía , aunque se identifica en lo anímico con el proceso de duelo , se diferencia de éste por su extrema perturbación del sentimiento de sí y de la incapacidad de escoger un nuevo objeto de amor en el trascurso del tiempo; es decir, un melancólico,

además de sentir un profundo dolor, una cancelación del interés por el mundo y la inhibición de toda productividad como en el duelo, pierde la capacidad de amar, se describe a sí mismo como indigno y moralmente se considera despreciable; por ello se hace reproches, se siente culpable, se denigra, espera repulsión, ser castigado, se humilla ante los demás y no se da cuenta que tiene una alteración. A estos síntomas se agregan el insomnio, la falta de apetito y un desfallecimiento por aferrarse a la vida. La asociación libre y la interpretación del discurso son las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia en este tipo de tratamientos. Pese a lo influyente que ha sido esta teoría para algunos terapeutas, no se sabe mucho respecto a la eficacia de esta psicoterapia en el tratamiento del trastorno depresivo. Además este tipo de psicoterapia es lenta, costosa y no existe la posibilidad de un cambio rápido (Del Castillo & Martínez, 2010).

Por otro lado existe otro tipo de psicoterapia llamada terapia interpersonal. Este tipo de intervención ha logrado mayor éxito en la explicación y el tratamiento de la depresión que la anterior. Desarrollada en la década de los setenta por Gerald Klerman y sus colaboradores como una alternativa breve, concisa y complementaria para el tratamiento de la depresión mayor, está centrada en aliviar la depresión a través del mejoramiento en cuatro aspectos interpersonales: a) duelo no resuelto; b) disputa entre los conyugues y/o los miembros de la familia acerca de los roles y las responsabilidades en la relación; c) transiciones a nuevas etapas, como jubilarse y d) déficit en las habilidades sociales para mantener una relación. En la mayoría de los casos el tratamiento dura de 12 a 16 semanas y suele hacer uso de técnicas, como elogios, cumplidos e incluso de dinero por parte de las personas que rodean al

paciente; estas recompensas son otorgadas por comportamientos incongruentes con la depresión, como las actividades placenteras y la resolución de problemas; por el contrario, se ignoran comportamientos de autoinculpación, pasividad y negativismo. Dentro del espacio de la terapia, se hace uso del role playing: esta es una técnica que le pide al paciente que imagine y actúe alguna situación que le genere conflicto, luego cambie de rol, practique alguna habilidad social, etcétera, como si la estuviera viviendo en ese momento. De igual forma, hace un gran uso de visitas estructuradas conjuntas del paciente con el cónyuge o algún familiar al consultorio para aclarar, por ejemplo, las expectativas que tienen uno del otro (Del Castillo & Martínez, 2010).

Finalmente, el tipo de psicoterapia que ha tenido mayor éxito en lo que respecta a la depresión, es la cognitivo conductual, la cual, parte del supuesto de que el comportamiento, las emociones y la cognición están en interacción constante, cuando la cognición o creencias de una persona son inexactas, se generan reacciones emocionales excesivas y un comportamiento ineficaz a la hora de afrontar los hechos (Ven et al., 2002; White, 2001). Cabe mencionar que estos fundamentos se encuentran en las obras de dos de las figuras más influyentes de este movimiento: Aarón Beck fundador de una teoría llamada Teoría cognitiva para la depresión, y Albert Ellis, creador de la Terapia Emotivo racional-conductual. Ambas fueron creadas en los años setenta, aunque se han modificado a lo largo del tiempo y son diferentes entre ellas, las dos postulan en general que las personas formamos y mantenemos un sistema de creencias que producimos gracias a nuestra educación, nuestra cultura y nuestras experiencias vitales, sin embargo estas no siempre son reales sino inexactas. Cuando es así, dichas creencias inexactas generan reacciones emocionales excesivas y un

comportamiento ineficaz a la hora de afrontar los hechos. Dichas creencias inexactas son llamadas “ideas irracionales” para Ellis y “distorsiones cognitivas” para Beck. Dicho de otra forma, según estos autores, en la depresión se presenta un proceso cognitivo distorsionado, es decir, que lo que pensamos acerca de nosotros mismos, el futuro y el mundo que nos rodea no es real. Por ejemplo cuando una persona está deprimida tiende a exagerar las consecuencias negativas ante algunas situaciones percibiendo hasta la más ligera decepción como un desastre absoluto e imposible de controlar. A esa distorsión se le denomina “catastrofismo”. Otro ejemplo de este tipo es lo que se denomina como “sobregeneralización” y es cuando un evento negativo es percibido como un patrón de fracaso sin fin. También proponen la existencia de esquemas depresivos que implican supuestos del tipo “todo o nada”, como los siguientes:

- Si no soy completamente feliz, seré completamente infeliz
- Si algo no sale perfectamente bien, es inútil hacerlo
- Si no soy perfecto, soy un fracaso
- Si todos no me quieren incondicionalmente , es que nadie me quiere
- Si no consigo controlar mi diabetes completamente, soy un fracaso y no vale la pena esforzarme para seguir cuidándome, etcétera.

Cabe mencionar que, además, se presentan otro tipo de esquemas y distorsiones en la depresión, según este enfoque, la identificación de las creencias irracionales, creencias falsas, esquemas depresivos o distorsiones cognitivas en las personas con depresión, son el principal objetivo ya que esto permitirá que los pacientes puedan contrarrestarlas y reemplazarlas por creencias más apropiadas o

realistas, puedan modificar sus emociones y mejorar su comportamiento a la hora de afrontar los hechos. Según los expertos, este tipo de psicoterapia es más eficaz en personas que, además de estar deprimidas, tienen diabetes, esto por la necesidad de tomar en cuenta que dentro de las prioridades del tratamiento para este tipo de personas no solo se debe mejorar su bienestar psicológico, sino también el autocuidado (Del Castillo & Martínez, 2010).

El tratamiento cognitivo conductual de la depresión no se limita a un modelo o autor determinado, sino que por el contrario, conjuga los aportes de diferentes paradigmas de investigación. Se aborda el desorden con programas integrales y multicomponentes, conformados por varias técnicas ordenadas en función de la evaluación de cada caso (Pérez- Álvarez & García -Montes, 2003).

Pérez y García (2003) refieren a continuación algunas de las más sobresalientes:

- La programación y ejecución gradual de actividades, consiste en la planificación sistemática de tareas en grado creciente de dificultad, de modo que se garantice el éxito del paciente en cada actividad propuesta y esto aumente la motivación para la siguiente. Se fomenta muy especialmente la emisión de conductas sociales.
- El entrenamiento en habilidades de solución de problemas, de modo tal de aumentar la probabilidad del paciente de dispensarse una mayor tasa de reforzamiento positivo.

- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para el manejo de situaciones estresantes.
- La reestructuración cognitiva, la cual más que una técnica es un proceso que se lleva a cabo con diversos procedimientos. Uno de los más difundidos, la discusión cognitiva, enseña al paciente a evaluar sistemáticamente sus pensamientos sobre la base de su validez y utilidad, de suerte tal de que los mismos se tornen más realista y por ende, redunden en una mejor capacidad de solucionar problemas.

La efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento de la depresión se halla más que documentada. Los ensayos controlados no sólo han mostrado que el cuadro remite con TCC sino que la tasa de efectividad supera incluso a la de la farmacoterapia en algunos casos (Pérez, 2007).

En relación con ello, valdría la pena señalar que los resultados de las investigaciones arrojan como conclusión general que la TCC es la opción más recomendada en depresiones leves y moderadas; no obstante, cuando de depresiones graves se trata, lo más eficaz ha resultado de un abordaje psicofarmacológico, esto es, la combinación de terapia farmacológica con tratamiento psicológico (Pérez, 2007).

Si bien se trata de un cuadro complejo, la investigación científica ha progresado lo suficiente como para ofrecer a las personas con depresión tratamientos psicológicos eficaces. Más allá de los gustos y preferencias personales, compete a la responsabilidad profesional el conocerlos y aplicarlos (Dahab et al., 2007).

Existen diferentes estudios que demuestran la efectividad de las intervenciones de corte cognitivo conductual en pacientes diabéticos que presentan síntomas depresivos, Lustman et al. (1998) afirma a razón de un estudio realizado con 51 personas que la combinación de educación y de terapia cognitivo conductual es un efectivo tratamiento no farmacológico para el tratamiento de la depresión en pacientes con diabetes tipo 2.

Respecto a la eficacia en nuestro país de estas intervenciones que han tenido como objetivo la disminución de síntomas depresivos en personas con diabetes, resultados derivados de diversos estudios como los mencionados a continuación, sugieren la efectividad de las mismas.

Moreno (2001) confirma esto con un estudio realizado en Guadalajara, México en donde encontró que la terapia cognitivo conductual administrada a un grupo de pacientes con diabetes mostro ser un tratamiento no farmacológico efectivo para el alivio de la depresión, incluso la mejoría se extendió hasta la evaluación realizada 6 meses después de la intervención en el grupo experimental.

Otro estudio que tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes diabéticos e hipertensos. En general, los resultados señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas, específicamente en la variable depresión, tres participantes que caían en la categoría de depresión grave al inicio, terminaron en las categorías de leve y mínima.

Los cuatro participantes que estaban en la categoría de depresión moderada al inicio, terminaron en depresión mínima (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sanchez-Sosa, 2005).

Del Castillo (2005) también encontró ganancias clínicas y significativas al realizar una intervención cognitivo conductual en modalidad grupal para disminuir los niveles de depresión en 21 pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Juárez de México.

En otro estudio realizado por López (2010) en el estado de Hidalgo se reporto que en los niveles de depresión hubo una disminución clínica y estadísticamente significativas, ya que al inicio del estudio la mayoría de los pacientes se encontraban en un rango de depresión leve y al final de la misma disminuyeron su nivel al rango mínimo.

Pese que la relación entre la depresión y diabetes sigue siendo compleja y persisten muchas interrogantes sobre los mecanismos específicos de esas relaciones es evidente que los trastornos mentales como la depresión desempeñan un papel importante en la aparición de ciertas enfermedades crónicas y la muerte prematura. Por ello, la detección temprana de niveles de depresión leve, moderada o grave, tanto en personas con o sin diabetes, es de vital importancia ya que sin tratamiento, la depresión tiende a volverse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo. De igual manera la detección oportuna permitirá que los sujetos vulnerables a padecer depresión presenten un menor riesgo de desarrollar diabetes y otras enfermedades crónicas. En el caso de personas con diabetes dicha detección permitirá aplicar un tratamiento adecuado que podría generar mejoras significativas en el estado

de salud, la reducción en la posibilidad de padecer complicaciones, mejorar la adherencia terapéutica, obtener un adecuado control glucémico y finalmente reducir la probabilidad de muerte prematura.

Depresión y Malestar Emocional

Varios investigadores han observado la asociación entre estrés de origen psicológico y depresión, pero la naturaleza exacta de esta asociación ha constituido un área de intenso debate. Mientras algunos están convencidos de que el estrés de tipo psicológico puede originar depresión, otros opinan que el estrés es más bien un epifenómeno de la depresión, esto es, que las personas deprimidas se sentirían estresadas por el mero hecho de estar deprimidas. De todos modos, y cualquiera que fuese el verdadero mecanismo de la asociación entre estrés y depresión, el tema resulta siendo de gran importancia por la alta frecuencia con que estos procesos se presentan en la vida actual (León, 2007).

El estrés ya sea físico o psicológico juega un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos. Además, en la depresión se ha mostrado la existencia de un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al observado en el estrés (Sánchez, Sirera, Peiró & Palmero, 2008).

El estrés es un factor común contribuyente al trastorno depresivo mayor, sin embargo, la interacción entre estrés y depresión es compleja. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los episodios estresantes de la vida se asocian con el inicio de depresión; que la relación entre los episodios estresantes y el comienzo de depresión se debilita con el incremento del número de episodios previos de trastorno depresivo mayor (TDM); y que la reducción de los síntomas depresivos se asocia con una

reducción de los niveles de estrés (Farabaugh, Mischoulon, Fava, Green, Gyyker & Apert, 2004).

Además, Gastro, Navarro, Catalan, Portella y Marcos (2003) encontraron que el estrés crónico predecía síntomas residuales de depresión en remitentes de una población geriátrica, encontraron que había una relación entre los episodios de estrés y la depresión, independiente del apoyo social, la enfermedad somática, el sexo y la propensión genética. Hay también alguna evidencia de que los cambios a nivel celular y molecular ocurren en el sistema nervioso central en respuesta al estrés y la depresión (García, 2002). También se ha hipotetizado que las diferencias de género en las tasas de prevalencia de TDM (por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidad de sufrir TDM que los hombres) pueden estar relacionadas con las diferencias de género en la reactividad al estrés (Farabaugh et al., 2004).

Beck (1987) ha sugerido que los episodios adversos de la vida que impactan en las vulnerabilidades cognitivas personales pueden predecir el inicio de depresión. El modelo diátesis-estrés de depresión de Beck el episodio (estrés) predice depresión si interactúa con una vulnerabilidad (diátesis)] está apoyado por diversos estudios. Hammen, Henry y Daley (2000) sugirieron que las vulnerabilidades de los pacientes a ciertos episodios estresantes podían estar relacionados con mecanismos específicos cognitivos de auto esquema.

Ravindran, Griffiths, Waddel y Anisman (1995) encontraron que el TDM y el trastorno distímico estaban asociados con incremento de informes de estresantes menores (problemas cotidianos) sentimientos de soledad, reducción de eventos que hacen sentirse bien y el uso de estrategias de afrontamiento inapropiadas (enfocadas a

la emoción más que orientadas al problema). En un estudio posterior investigaron si los índices de conducta funcional diferirían dependiendo de los subtipos de depresión. Examinaron los estresantes mayores, los estresantes día a día, la percepción de eventos positivos, los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en los controles, en pacientes con TDM agudo o con trastorno distímico con rasgos típicos o atípicos y en pacientes resistentes al tratamiento de TDM (Farabaugh et al., 2004).

La depresión no es la única emoción que se produce como consecuencia del estrés, Caballo, Valenzuela, Anguiano, Irurtia, Salazar y López (2006) mencionan que como respuestas emocionales al estrés se encuentran la ansiedad, el miedo, la ira y la tristeza.

En un estudio realizado por Morera y González (1983) se estudió la relación entre depresión, factores de estrés y predisposición a enfermar. Participaron 42 pacientes con alguna enfermedad somática aguda y 36 pacientes sanos, a quienes se aplicó el Cuestionario de Sucesos Vitales (ISV), Cuestionario de Reactividad al Estrés (IRE), Escala de Adaptación General (IGA), y la Escala de Depresión de Zung (SDS). En la medición de la reactividad al estrés la muestra de pacientes enfermos se encontró que las personas enfermas poseen una mayor reactividad al estrés que los pacientes sanos. Posteriormente realizan una correlación múltiple en cada uno de los grupos, dicho estudio arroja una elevada correlación entre el S.D.S. y el I.R.E. (0,76) en el grupo de enfermos, lo cual no se evidencia en los sanos, esto quiere decir que la muestra de pacientes enfermos presentan depresión y estrés provocado por su padecimiento.

En otro estudio realizado por Farabaugh et al., (2004) en una muestra de 298 pacientes se investigó si los subtipos de trastornos depresivos mayores (TDM) (depresión melancólica, depresión atípica, depresión doble, y TDM con ataques de ira) se relacionaban con los niveles percibidos de estrés medidos por la Escala de Estrés Percibido (EEP). Se dividió la muestra por sexo y los resultados arrojan que las mujeres tenían niveles significativamente más altos de estrés percibido que los hombres con depresión. La mayor severidad de la depresión al inicio se relacionaba significativamente con mayores niveles de estrés percibido. Tras el ajuste por edad, género y severidad de la depresión al inicio, los niveles más altos de estrés percibido se relacionaban significativamente con la presencia de ataques de ira, así como, con la depresión atípica, es decir que en cada uno de los diagnósticos se presenta algún grado de estrés.

Existen estudios que aunque no buscan correlación entre las variables depresión y malestar emocional, su objetivo es determinar el efecto de estas variables para explicar otras, como en el caso del estudio realizado por Piña, Dávila, Sánchez- Sosa, Togawa y Cázares (2008), quienes evalúan el efecto del estrés y la depresión en la adherencia al tratamiento de personas seropositivas al VIH. Los resultados corroboran el papel benéfico que desempeñan los niveles bajos o intermedios de estrés y los bajos de depresión sobre la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH.

En otro estudio realizado por León (2007) el objetivo fue determinar la asociación entre estrés de origen psicológico y depresión, así como, precisar el posible papel determinante de factores tales como la edad y el sexo de las personas afectadas. La muestra se conformo por 120 mujeres y 120 hombres sanos a quienes se aplicó la

Escala para Evaluar el Reajuste Social (*Social Readjustment Rating Scale*, SRRS) de Holmes y Rae (1967) y presencia de depresión aplicando el Inventario de la Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI). Los resultados indican que el 36.7% de las personas presentaba estrés de importancia y 22.1% presentaban depresión. La depresión estuvo presente en el 35.2% de las personas con estrés de importancia, y en sólo el 14.5% de aquellos sin estrés. Los resultados señalan la importante asociación entre el estrés de origen psicológico y la génesis de la depresión.

Se ha observado la relación entre estrés y depresión, pero la naturaleza exacta de dicha asociación sigue siendo un área de debate, pues se desconoce si una genera a la otra. En algunos estudios utilizan ambas variables para explicar la predisposición a enfermar y la adherencia al tratamiento, en otros se realizan comparaciones entre grupos según la edad y el género de los participantes.

En México el estudio de la asociación entre estas variables se ha llevado a cabo en poblaciones geriátricas y en personas con alguna enfermedad somática aguda, así como personas sanas, sin embargo, no existen estudios que correlacionen ambas variables en pacientes con diabetes que habitan en un área semi-rural. De ahí que el objetivo del presente estudio sea determinar la relación entre malestar emocional y depresión en personas con diabetes y a partir de ello se puedan proponer intervenciones efectivas en esta población que busquen modificar la calidad de vida de estas personas y reducir la posibilidad de una muerte prematura.

Método

Justificación

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado tanto en México como en otros muchos países del mundo, ha tenido como consecuencia que enfermedades crónicas como la diabetes, se encuentre dentro de los padecimientos de mayor prevalencia, siendo una de las causas de mayor mortalidad en nuestro país y convirtiéndose así desde la segunda mitad del siglo XX en un problema de salud mundial (Secretaría de Salud [SS], 2006). Ejemplo de ello, es que desde el año 2000 la diabetes es la primera causa de muerte entre las mujeres y segunda en los hombres (SS, 2011). Factores psicosociales como las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad, son relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la diabetes. Entre ellos se encuentran el malestar emocional y la depresión, la primera se caracteriza por la presencia de emociones negativas constantes asociadas a problemas relacionados con el manejo de la diabetes (Polonsky, Fisher, Earles, Mullan & Jackson, 2005), por otra parte existen estudios que demuestran que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer depresión que las personas que no padecen esta enfermedad, investigaciones demuestran que la depresión conduce a un funcionamiento físico y mental más pobre, así que una persona es menos capaz de llevar adecuadamente el tratamiento, seguir un plan alimentación, así como, la relación con el médico y mantener el apoyo social (ADA, 2011). Investigaciones recientes como el estudio DAWN (Skovlund & Peyrot, 2005) indican que un gran número de pacientes con diabetes presentan elevados niveles de malestar

emocional como respuesta al diagnóstico y a complicaciones futuras. El malestar emocional juega un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos. Además, en la depresión se ha mostrado la existencia de un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al observado en el malestar emocional (Sánchez, Sirera, Peiró & Palmero, 2008). El malestar emocional es un factor común contribuyente al trastorno depresivo mayor, sin embargo, la interacción entre malestar emocional y depresión es compleja. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los episodios estresantes de la vida se asocian con el inicio de depresión. Que la relación entre los episodios estresantes y el comienzo de depresión se debilita con el incremento del número de episodios previos de TDM; la reducción de los síntomas depresivos se asocia con una reducción de los niveles de malestar (Farabaugh et al., 2004). Por lo que respecta a México, existen pocos estudios que mencionen la relación entre estas variables en pacientes con diabetes. Partiendo de estos antecedentes la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre malestar emocional y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, del estado de Hidalgo, los resultados de la presente investigación permitirán tener un antecedente para poder desarrollar intervenciones psicológicas, efectivas que contribuyan a un mejor manejo de la diabetes por parte del equipo de salud, reduciendo así el impacto negativo en el bienestar de los pacientes y de su familia, así como el impacto económico para el sistema de salud.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo?

Objetivo General

Determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo.
- Determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo.
- Determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo.

Hipótesis

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de malestar emocional y la depresión de pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo.

H1: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de malestar emocional y la depresión de pacientes con diabetes tipo 2 del estado de Hidalgo.

Variables

Tabla 1. Definiciones conceptuales y operacionales del estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Malestar emocional asociado a diabetes (Distress)	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 asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, plan alimenticio y a la falta de apoyo social (Polonsky et al., 2005)	Versión adaptada en población mexicana del Cuestionario de Áreas Problema en diabetes PAID (Del Castillo & Reyes-Lagunes, 2010); Polonsky et al., 2005). Subescalas: <ul style="list-style-type: none"> • Emociones negativas • Problemas relacionados con el tratamiento • Problemas relacionados con el apoyo social.
Depresión	Síntomas del trastorno depresivo mayor que incluyen: a) estado de ánimo depresivo, b) disminución en el interés o placer en actividades que antes eran agradables (anhedonia), c) cambios significativos en el peso o el apetito, d) insomnio e hipersomnia, e) agitación o lentitud psicomotora, f) fatiga, g) dificultad para concentrarse, h) sentimientos de culpa o poco valor, i) ideación suicida (APA, 2005)	Versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del inventario de Depresión de Beck (BDI), evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. (Jurado, Villegas, Méndez Rodríguez, Loperena & Varela, 1998)

Participantes

Participaron 124 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 de entre 34 y 76 años de edad, con una media de edad de 54 años y desviación estándar de 8.64; sin complicaciones médicas mayores y que de manera voluntaria, e informada aceptaron participar en el estudio.

Los pacientes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico intencional, en los centros de Salud de Actopan, Meztlán y Progreso de Obregón de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Del total de participantes el 75% eran mujeres (n=93) y el 25% hombres (n=31), la distribución por estado civil de la muestra total el 56% eran casados (n=69), 14% solteros (n=17), 13% divorciados (n=16), 12% vivían en unión libre (n=15) y el 5% eran viudos (n=6), la distribución de acuerdo a la escolaridad muestra que el 53% solo habían cursado la primaria (n=66), el 20% la secundaria (n=26), Preparatoria el 4% (n=5), una carrera técnica 3% (n=3), carrera profesional 3% (n=3) y el 17% restante no tenían grado de escolaridad (n=21).

En la distribución del monto del ingreso económico con el que contaban mensualmente los pacientes, el 34% ganaba mil pesos o menos (n=42), el 32% (n=40) obtenía entre \$1001 a \$2000, el 17% (n=21) recibía la cantidad de \$2002 a \$3000, el 7% (n=9) percibía la cantidad de \$3001 a \$4000, el 6% (n=8) lograba obtener entre \$4001 y \$5000, el 1% (n=1) obtenía un ingreso entre \$5001 y \$6000, el 2% (n=2) obtenía entre \$6001 y \$7000, y solo el 1% (n=1) obtenía \$7001 ó más.

En la lista de distribución del porcentaje de los pacientes de acuerdo a los años del diagnóstico de la enfermedad, 14% (n=18) de la muestra habían sido

diagnosticadas durante el transcurso del año con la enfermedad; el 31% (n=38) tenían entre 2 a 5 años de diagnostico, el 22%(n=27) tenían entre 6 a 10 años con el diagnostico y el 33% (n=41) tenían 11 años o más de tener el diagnostico confirmado de diabetes tipo 2. La distribución según el tipo de tratamiento que llevan los pacientes el 77% (n=95) tenían un tratamiento basado en la toma de pastillas, el 18% (n=22) tomaban pastillas y se inyectaban insulina, el 4%(n=5) solo dieta y el 1%(n=1) se inyectaba insulina, en otra distribución sobre el tratamiento alternativo que utilizaban los pacientes se encontró que el 76%(n=93) no utilizaba ningún método alternativo, el 13% (n=16) utilizaba otra método, 7% (n=9) tomaba licuados, el 3%(n=4) utilizaba homeopatía y el 1% (n=1)asistía con el curandero, en otra distribución de la muestra sobre el padecimiento de otra enfermedad crónicodegenerativa, 65%(n=79) sólo tenía diabetes, 31% (n=37) tenían una enfermedad crónica más y 4%(n=5) tenía dos o más enfermedades crónicas, en otra distribución de la muestra de acuerdo a la alfabetización , el 84% (n=102) sabían leer y el 16%(n=9) no.

Criterios de selección

Inclusión.

- Diagnostico confirmado de diabetes tipo 2
- Que de manera voluntaria e informada participen en el estudio

Exclusión.

- Pacientes con complicaciones medicas mayores (ceguera, insuficiencia renal crónica)

- Pacientes que estén participando en alguna intervención psicológica.

Diseño de investigación

Tipo de estudio Correlacional

Tipo de diseño No experimental transversal de una sola muestra.

Instrumentos

Versión Adaptada del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID)

El Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) consta de veinte reactivos que incluyen problemas emocionales que los pacientes con diabetes frecuentemente experimentan (Polonsky et al. 2005).

Originalmente la escala tipo Likert contaba con seis opciones de respuesta que iba desde 1 (no es un problema) hasta 6(es un problema grave), que después se simplificaron a una escala de 5 opciones que van de 0 (no es un problema) a 4 (es un problema grave). Para facilitar la interpretación de los datos el puntaje crudo se multiplica por 1.25 para tener una escala de 0 al 100, donde los valores más altos indican un mayor malestar emocional (Welch, Weinger, Anderson & Polonsky, 2003).

En un primer estudio para conocer la validez de la escala, los veinte reactivos se distribuyeron en un solo factor, la escala mostró una adecuada validez convergente y discriminante, al correlacionarla con otro instrumentos, que miden bienestar psicológico y hemoglobina glucosilada, así como una elevada confiabilidad dada por un alpha de Cronbach de 0.95(Welch, Jacobson & Polonsky, 1997).

Después de una serie de estudios para conocer la validez factorial del instrumento, se encontraron 4 factores llamados: emociones negativas (12 reactivos), Problemas relacionados con el tratamiento (3 reactivos), Problemas relacionados con el plan alimenticio (3 reactivos), y falta de apoyo social (2 reactivos) con una confiabilidad dada por un alpha de cronbach de 0.93 a 0.95 (Snoek, Pouwer, Welch & Polonsky, 2000).

La primera versión de la escala fue traducida al español y validada con un procedimiento de la traducción-retraducción en pacientes con diabetes tipo 1, con una confiabilidad alpha de cronbach de 0.90 (González-Uresti et al., 1997).

Recientemente Del Castillo y Reyes-Lagunes (2010) llevó a cabo una adaptación y validación del instrumento en población mexicana. El instrumento quedo conformado por 16 reactivos distribuidos en tres factores. La escala total presento un índice alpha de cronbach de 0.9023 mientras que los índices alpha de las subescalas fueron los siguientes: 1) emociones negativas 0.8577; 2) Problemas relacionados con el tratamiento 0.8354; y 3) Problemas relacionados con el apoyo 0.7663.

El PAID ha mostrado ser una medida útil para medir los cambios en el malestar emocional de pacientes con diabetes derivados de distintas intervenciones farmacológicas y psicosociales en distintos países (Snoek et al., 2000; Weinger & Jacobson, 2001).

Versión Adaptada del Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Para medir la variable depresión, se utilizó la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI), dicha prueba está diseñada para evaluar la intensidad sintomatológica depresiva que presenta un individuo, tiene una confiabilidad por consistencia interna de alpha de Cronbach de 0.87, una validez concurrente obtenida mediante la correlación del BDI y la escala de Zung en una muestra de 120 con diagnóstico psiquiátrico de depresión con edades y con edades entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70$, $p < 0.000$. De igual forma, se evalúa nuevamente la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, pero esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue $r = 0.65$, $p < 0.000$. Por tanto se concluye que el BDI para población mexicana cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de esta población (Jurado et al., 1998).

El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, de los cuales, los primeros 14 se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes describen síntomas vegetativos y somáticos. Todos los casos, contienen cuatro afirmaciones, en donde el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y finalmente el cuarto con 3 puntos, que constituyen la severidad del síntoma. Las normas de calificación del BDI en México se muestran en la siguiente tabla (Jurado et al., 1998).

Tabla 2. Normas de calificación del BDI para población mexicana

Nivel de depresión	Puntaje Crudo	Rango percentilar	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0 a 9	4-61	5-59
Leve	10 a 16	66-81	64-86
Moderada	17 a 29	83-96	88-97
Severa	30 a 63	97-99	98-99

Procedimiento

Se contactó a profesionales de la Salud (médicos y enfermeras) adscritos a los Centros de Salud de Actopan, Meztlán y Progreso de Obregón del Estado de Hidalgo, que atienden de manera regular a pacientes con diabetes tipo 2, para invitarlos a participar en el estudio, una vez que aceptaron participar se les pidió su autorización para entrevistar y evaluar a estos participantes.

Una vez que se tuvo la autorización por parte del médico, se contactaron a los pacientes en el área de consulta externa de los Centros de Salud antes mencionados y en un consultorio asignado se le ofrecía una explicación breve y general sobre la finalidad de la investigación, reiterando que su participación es voluntaria y podía rehusarse a participar si ella así lo deseaba o en su defecto si aceptaba participar y en algún momento de la evaluación decidía retirarse lo podría hacer sin consecuencia alguna como usuario de los servicios de salud. Posteriormente se procedió con la lectura, y en su caso, firma del “Consentimiento Informado”(ver anexo 1) y se aclararon

las posibles dudas respecto a su participación . En caso de acceder a participar en el estudio, se realizó una breve entrevista semi estructurada utilizando el formato de datos e información en diabetes (Ver anexo 2) con la finalidad de identificar los datos clínicos y socio demográficos del paciente. Una vez concluido el llenado del formato se les asigna una cita para la aplicación del instrumento de depresión y malestar emocional.

En el lugar asignado para la evaluación se preparaba previamente el material (lápiz, goma, el instrumento, así como el formato de respuesta). Una vez que el paciente llegaba al lugar asignado se le invitaba a pasar y tomar asiento. Se hacía nuevamente la presentación y se aclaraban dudas con respecto al propósito de la evaluación. Posteriormente se iniciaba la lectura de las instrucciones del instrumento PAID (Ver anexo), y BDI se les indicaba a los pacientes que si tenían dudas respecto a alguna pregunta con gusto se les podría apoyar, Al término de la evaluación se les agradecía nuevamente por su participación.

Resultados

El objetivo general del estudio fue determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo.

Los primeros dos objetivos específicos fueron determinar los niveles de malestar emocional y depresión de la muestra seleccionada. En la tabla 3 se describen los resultados de medias y desviaciones estándar de ambas variables:

Tabla 3. Medidas de Tendencia central y dispersión de las variables malestar emocional (Distress) y Depresión.

Variable	Rango teórico	Media o porcentaje	Desviación estándar
Malestar emocional	0-64	28.08	14.75
Emociones negativas	0-28	15.53	7.37
Problemas relacionados con el tratamiento	0-24	8.61	6.37
Problemas relacionados con el apoyo social	0-12	3.93	3.67
Depresión	0-63	14.00	10.74

La tabla 3 muestra que en el caso de la variable malestar emocional, se obtuvo una media de 28.08 y una desviación estándar de 14.75, lo cual indica que el malestar emocional de los pacientes se encuentra por debajo de la media teórica (32) mostrando niveles moderados de malestar en general.

Los datos reportados en cada una de las 3 subescalas que conforman la escala de Malestar emocional se describen a continuación:

La subescala de emociones negativas cuenta con una media de 15.53 y una desviación estándar de 7.37, indicando que los pacientes presentan emociones negativas moderadamente altas con respecto al padecimiento, ya que los datos obtenidos se encuentran ligeramente por arriba de la media teórica (14).

La subescala de Problemas relacionados con el tratamiento obtuvo una media de 8.61 y una desviación estándar de 6.37, indicando que los pacientes presentan niveles bajos de problemas relacionados con el tratamiento de su enfermedad ya que se encuentra por debajo de la media teórica (12).

La subescala de Problemas relacionados con el apoyo social obtuvo una media de 3.93 y una desviación estándar de 3.67, indicando que los pacientes cuentan con un apoyo social adecuado que les permite manejar su enfermedad ya que los resultados muestran que se ubica por debajo de la media teórica (6).

En la variable de depresión la media fue de 14 y tomando en cuenta las normas mexicanas del instrumento, se encuentran en el rango de depresión leve.

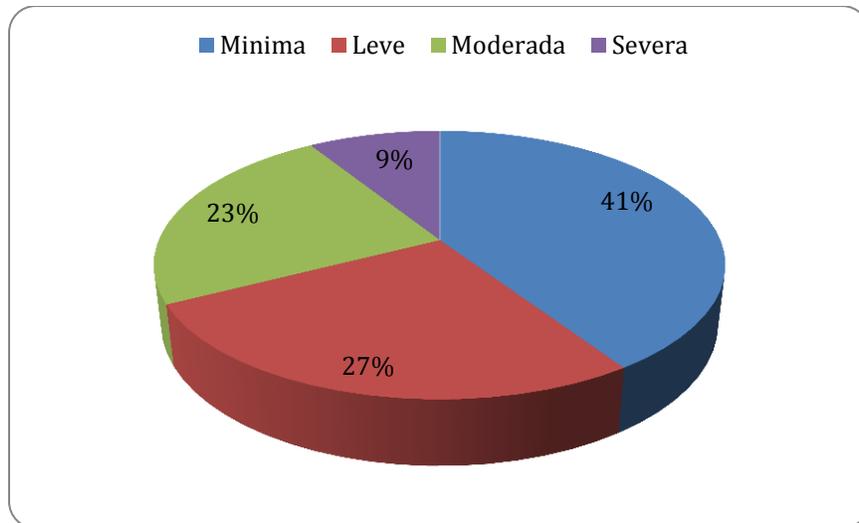


Figura 1. Distribución por nivel de depresión en la muestra general del estudio.

En la Figura 1 se observa los porcentajes por cada nivel de depresión en la muestra general mostrando que es el nivel mínimo el predominante dentro del estudio con 41%.

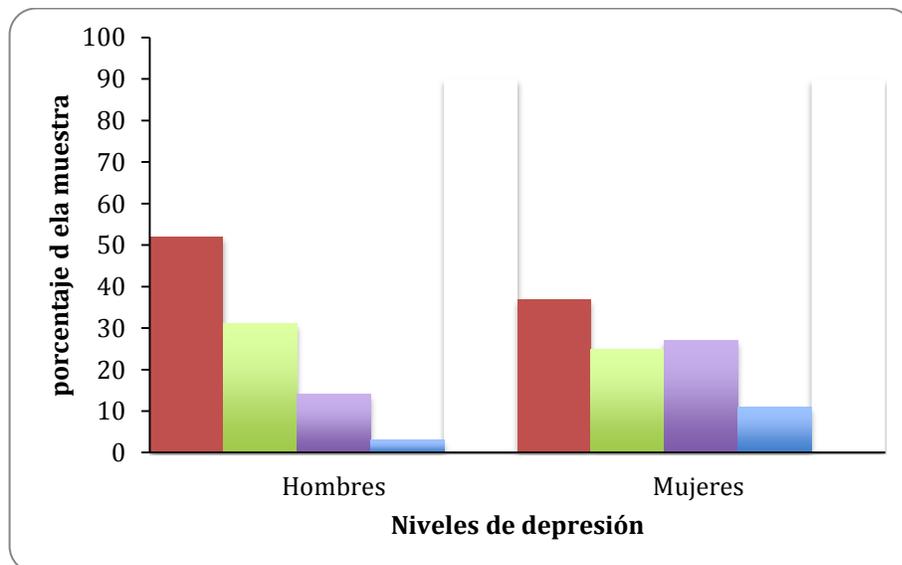


Figura 2. Distribución por sexo y nivel de depresión de acuerdo con las normas de la versión adaptada de la escala de depresión de Beck.

La Figura 2 describe la distribución por sexo y nivel de depresión, podemos observar que el 52% de los hombres presento niveles mínimos de depresión mientras que en las mujeres el porcentaje fue de 37% en el mismo nivel, en el nivel leve los hombres tuvieron el 31% y las mujeres el 25%, en el nivel moderado los hombres tuvieron el 14% y las mujeres el 27% y en nivel severo los hombres obtuvieron el 3% mientras que las mujeres el 11%.

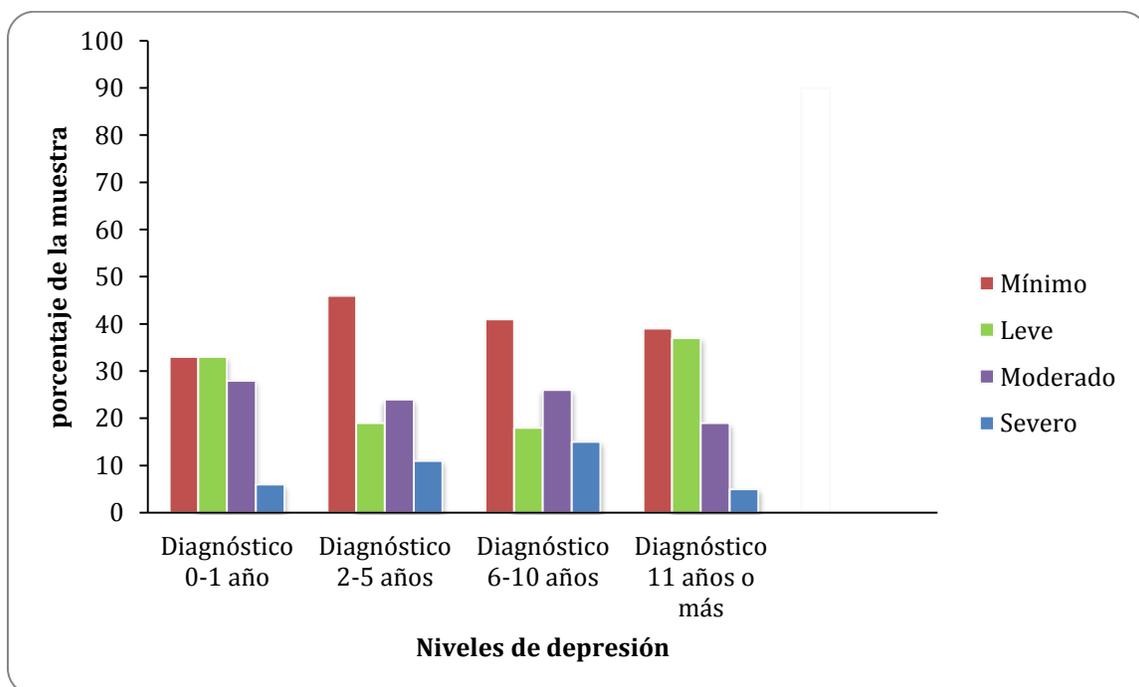


Figura 3. Distribución por nivel de depresión según los años de diagnóstico de la diabetes.

En la figura 3 se observan los niveles de depresión según los años de diagnóstico de la diabetes, predominando los niveles mínimo, leve y moderado en la mayoría de las categorías, sin embargo, se observa que en relación al diagnóstico de 6-

10 años los niveles incrementan en comparación con los otros años, sobretodo en el nivel severo.

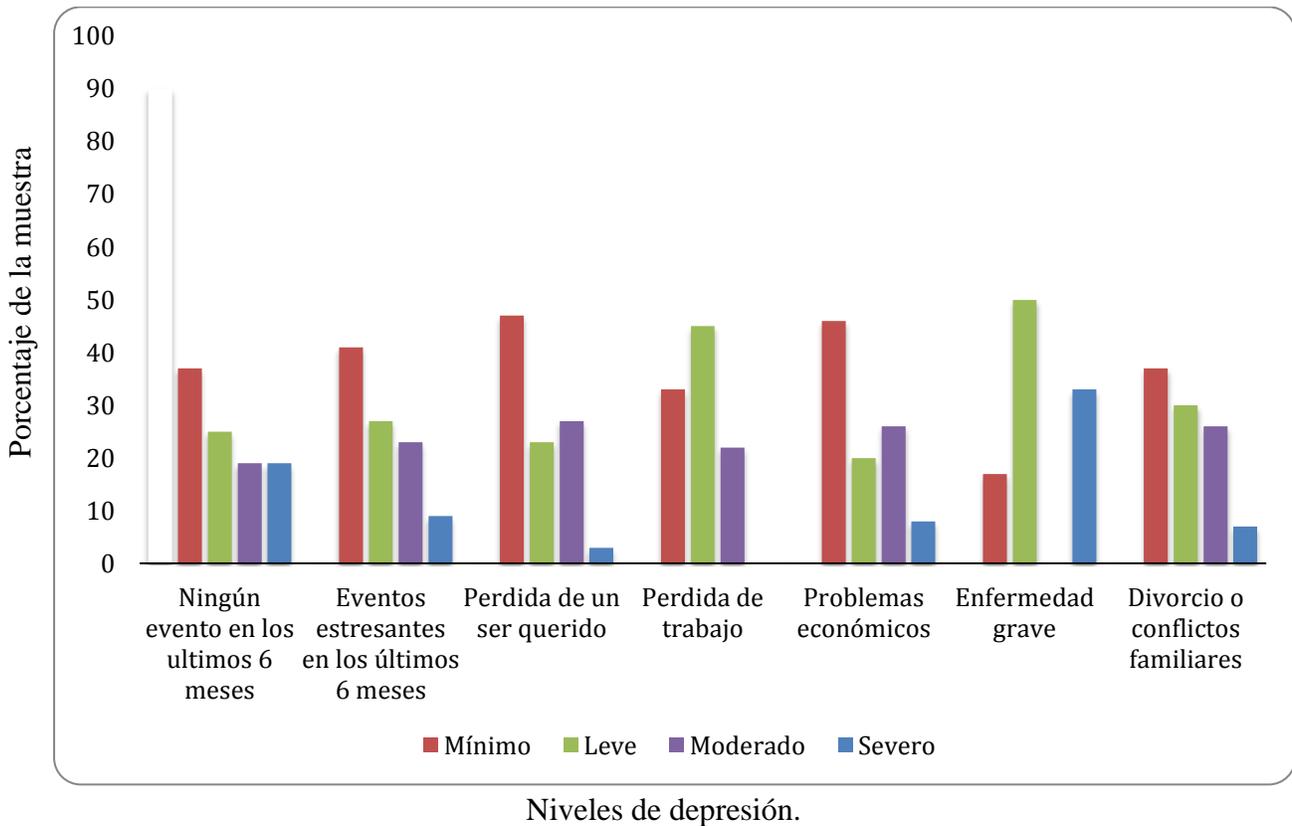


Figura 4. Distribución de eventos estresantes experimentados por los pacientes en los seis meses anteriores a la investigación y el nivel de depresión de estos participantes.

La Figura 4 describe los niveles de depresión que presentaron los pacientes ante eventos estresantes, como se puede observar predominaron los niveles mínimo y leve en todos los eventos reportados por los pacientes, sin embargo, se puede observar que en el evento de la presencia de una enfermedad grave el nivel severo presento un porcentaje importante en comparación con los otros eventos reportados por los pacientes, sobretodo en el nivel severo.

El tercer objetivo específico fue determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del Estado de Hidalgo. Para ello se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson y dichos resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Relación entre el nivel de malestar emocional (Distress) y Depresión.

	Depresión
Malestar emocional	0.456*
Emociones negativas	0.348*
Problemas relacionados con el tratamiento	0.445*
Problemas relacionados con el apoyo social	0.360*

* $p < .05$

Como se puede apreciar en la Tabla 4, de acuerdo con los resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson, la relación entre el puntaje total de depresión del BDI y el puntaje total de la PAID fue de 0.456, lo que indica una correlación positiva mostrando que a mayor nivel de depresión mayor será el nivel de malestar emocional de estos pacientes. Además esta relación fue estadísticamente significativa.

También se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y las subescalas del instrumento de malestar emocional. En Emociones negativas fue 0.348, es decir que a mayor depresión mayores emociones negativas experimentan los pacientes. En problemas relacionados con el tratamiento fue de 0.445, es decir que a mayor depresión mayores problemas presentan los pacientes relacionados con el tratamiento que deben seguir debido a su padecimiento. En la de problemas relacionados con el apoyo social de 0.360, es decir que a mayor depresión

mayores problemas se presentan relacionados con el apoyo social de los pacientes diabéticos.

Discusión y Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2, los resultados arrojan que aunque los pacientes muestran niveles moderados de malestar emocional, son las emociones negativas de su padecimiento las que les son más relevantes en cuanto a padecer diabetes tipo 2.

Estos resultados se equiparan con el estudio DAWN que se abordó previamente en los antecedentes teóricos, donde se evaluaron las actitudes, deseos y necesidades respecto a su enfermedad en personas con diabetes tipo 1 y 2 (Skovlund & Peyrot, 2005). Los resultados de este estudio mostraron que el 85.2 por ciento presentó malestar emocional como respuesta al diagnóstico, experimentando sobresalto, culpa, enfado ansiedad, depresión e impotencia; posterior al diagnóstico el malestar permanece reflejando el miedo a futuras complicaciones así como cargas psicológicas y sociales.

Estos resultados podrían deberse a que la diabetes es un padecimiento que trae consigo una gran carga de situaciones estresantes, y es que en la población con diabetes existe una gran ansiedad debido a su peso, miedo de que su enfermedad

empeore y una gran preocupación de sufrir episodios hipoglucémicos (baja glucosa en sangre), siendo estos los generadores del malestar emocional experimentado por los pacientes (Del Castillo & Martínez, 2010).

En un estudio realizado por Lazcano y Salazar (2006), donde se midió el malestar emocional y la adaptación de los pacientes con diabetes tipo 2, se evaluó el grado en que diversas situaciones en la vida de la persona son valoradas como estresantes, impredecibles, incontrolables y abrumadoras. El estudio arroja que el malestar emocional percibido influye en la adaptación psicosocial, en este estudio el malestar emocional muestra niveles moderados de malestar lo que difiere de los resultados con el estudio antes mencionado; sin embargo, en la subescala de emociones negativas se muestran moderadamente altas respecto al padecimiento, esto significa que afecta el proceso cognitivo de adaptación del paciente afectando su adaptación psicosocial, estos resultados tienen que ver con el tamaño de la muestra que es superior y con los participantes que provenían de una ciudad urbanizada, además del rango de edad de los participantes que es de 30 a 65 años mientras que en este estudio el rango fue de 34-76 años.

En otro estudio en el que se determina el nivel de malestar emocional en pacientes con diabetes realizado por Del Castillo y Reyes-Lagunes (2010) utilizando el mismo instrumento para medir la variable malestar emocional que en este estudio sus resultados arrojan que los pacientes presentan niveles bajos de malestar emocional, lo cual difiere de los resultados obtenidos en este estudio donde los pacientes presentan niveles moderados de malestar emocional, de igual manera en la subescala emociones

negativas, en su estudio arroja niveles bajos de malestar emocional, en este estudio los resultados obtenidos son emociones negativas moderadamente altas, sin embargo en las otras subescalas del instrumento los resultados son equiparables, en la subescala de los problemas relacionados con el tratamiento ambos estudios obtienen niveles bajos y en la subescala de problemas relacionados con el apoyo social de igual manera ambos obtienen niveles bajos, es importante considerar el tamaño de la muestra utilizado por Del Castillo y Reyes-Lagunes (2010) que fue de 206 participantes mientras que en este estudio la muestra fue menor, ese aspecto pudo haber influido en los resultados obtenidos.

El segundo objetivo fue determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes tipo 2. En términos generales los pacientes no presentaban altos niveles de depresión, estos resultados coinciden con otros estudios tales como el de Riveros et al., (2005) realizado en una muestra de 51 pacientes donde se evaluaron variables como la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes diabéticos e hipertensos. La variable depresión se midió utilizando la escala de Beck en su versión adaptada y validada para México. El estudio arroja que el 11.1% se encuentra en el nivel severo, el 14.81% en el nivel moderado, el 37.04% en el nivel leve y el 37.04% en el nivel mínimo, colocando a la muestra con un 62.95% en los tres niveles más altos, este dato se equipara con el presente estudio en el cual el 9% se encuentra en el nivel severo, el 23% en el nivel moderado, el 27% en el nivel leve y el 41% en el nivel mínimo, coloca a la muestra en un 59% por arriba del nivel leve, mostrando que más de la mitad de los pacientes presentan algún grado de depresión.

Del Castillo (2005) también encontró ganancias clínicas y significativas al realizar una intervención cognitivo conductual en modalidad grupal para disminuir los niveles de depresión en 21 pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Juárez de México, los resultados en el pretest arrojaron que del total de la muestra el 40.7% se encontraba en el nivel mínimo, el 26.8% en el nivel leve, el 23.6 % en el nivel moderado y el 8.9% en el nivel severo , el 59.3% de la muestra total presenta algún nivel de depresión arriba del nivel mínimo de la escala, lo que equipara de manera muy pareja con el presente estudio donde se obtuvo que el 41% se encuentra en el nivel mínimo, el 27% en el nivel leve, el 23% en el nivel moderado y el 9% se encuentra en el nivel severo, colocando al 59% de la muestra con los niveles más altos de depresión de acuerdo con la escala esto como resultado de que cuando se padece diabetes, la depresión es doblemente prevalente en comparación con la de la población general, ya que afecta entre un 15% y un 20% de las personas que tienen la afección y en ambos estudios la muestra estaba compuesta de pacientes con diabetes.

En otro estudio realizado por Colunga et al., (2008) en una muestra de pacientes derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 3 de la ciudad de Guadalajara con diagnóstico de diabetes tipo 2, se identificó a las personas que presentaban sintomatología depresiva para compararlas con quienes no la tenían, de acuerdo a indicadores socio demográficos, metabólicos y clínicos. De acuerdo con los datos de este estudio el 63 % de la muestra tiene algún nivel de depresión; las mujeres entre los 50 y 59 años presentan los índices más altos en esta variable, los resultados se equiparan con el estudio antes mencionado arrojando que el 59% de la muestra se encuentra en los niveles leve, moderado y severo de dicha escala, es el

sexo femenino al igual que en el estudio anterior el más afectado por la depresión esta es una enfermedad persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres experimentan la depresión a una tasa casi al doble que la de los hombres (Jervis, García & Calvo, 2005).

Los investigadores siguen explorando cómo los asuntos especiales que son únicos para las mujeres como los biológicos, ciclo de vida, y psico-social pueden estar asociados con la alta tasa de depresión en las mujeres. Se sospecha que una variedad de factores únicos a las vidas de las mujeres juegan un papel en el desarrollo de la depresión. Las investigaciones se concentran en el entendimiento de estos factores, incluyendo los factores: reproductivos, hormonales, genéticos u otros factores biológicos; el abuso y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de la personalidad (Jervis, García & Calvo, 2005).

El tercer objetivo fue Determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de malestar emocional y depresión de pacientes tipo 2 del estado de Hidalgo.

En un estudio realizado por Morera y González (1983) estudian la relación entre depresión, factores de estrés y predisposición a enfermar, en la medición de la reactividad al estrés la muestra de pacientes enfermos se encontró que las personas enfermas poseen una mayor reactividad al estrés que los pacientes sanos, así mismo que la muestra de pacientes enfermos presentan depresión y estrés provocado por su padecimiento, estos resultados difieren de este estudio donde en la medición del malestar emocional mostro niveles moderados y en la variable depresión en un rango leve, estos resultados difieren probablemente por el número de participantes en cada

estudio ya que en este estudio la muestra duplica el número de participantes que en el antes mencionado, de igual manera el estudio de Morera y González (1983), utiliza participantes sanos lo que según la literatura, hace que presenten diferentes padecimientos psicológicos.

En otro estudio realizado por Farabaugh et al., (2004) investigan si los subtipos de trastornos depresivos mayores (TDM) (depresión melancólica, depresión atípica, depresión doble, y TDM con ataques de ira) se relacionaban con los niveles percibidos de estrés, dividen a la muestra por sexo y los resultados arrojan que las mujeres tenían unos niveles significativamente más altos de estrés percibido que los hombres deprimidos. La mayor severidad de la depresión al inicio se relacionaba significativamente con mayores niveles de estrés percibido. Tras el ajuste por edad, género y severidad de la depresión al inicio, los niveles más altos de estrés percibido se relacionaban significativamente con la presencia de ataques de ira así como con la depresión atípica, es decir que en cada uno de los diagnósticos se presenta algún grado de estrés, estos resultados se equiparan con los resultados en este estudio donde si existe un mayor nivel de depresión existirá un mayor nivel de malestar emocional.

Existen estudios donde aunque no buscan correlación entre las variables depresión y malestar emocional , se utilizan para explicar otras variables como en el caso del estudio realizado por Piña et al., (2008) Evalúan la asociación entre las variables relacionadas con el estrés, los motivos y la depresión en personas seropositivas al VIH y la adhesión al tratamiento, los resultados arrojan que los

pacientes arrojan niveles intermedios y bajos de estrés, y en la variable depresión niveles bajos, lo cual se equipara con este estudio donde los niveles de malestar emocional se ubican en niveles moderados y la depresión en nivel leve.

En otro estudio realizado por León (2007). Busca la asociación entre estrés de origen psicológico y depresión, y precisar el posible papel determinante de factores tales como la edad y el sexo de las personas afectadas, los resultados indican que el 36.7% de las personas presentaba estrés de importancia y 22.1% presentaban depresión. La depresión estuvo presente en el 35.2% de las personas con estrés de importancia, y en sólo el 14.5% de aquellos sin estrés. Los resultados señalan la importante asociación entre el estrés de origen psicológico y la génesis de la depresión, en este estudio el 41% de la muestra presentaba un nivel mínimo de depresión, el 27% en el nivel leve, el 23% en el nivel moderado y el 9% en el nivel severo, además de niveles moderados de malestar emocional, ya que como se mencionaba anteriormente el hecho de padecer diabetes propicia que este tipo de enfermedades se presenten en los pacientes con mayor frecuencia, las emociones, los pensamientos y las conductas actúan juntos y afectan la vida del paciente, diagnosticado con diabetes, como se pudo observar tanto la depresión como el malestar emocional son dos aspectos de gran relevancia en pacientes con diabetes que necesitan ser tomados en cuenta para un mejor manejo de la enfermedad (Del Castillo & Martínez, 2010).

Una de las limitaciones del presente estudio fue la cantidad de personas participantes, por lo que se recomienda que en estudios posteriores se amplié la muestra de pacientes con diabetes que permita tener datos más confiables. Además,

no se incluyen datos cualitativos por lo que se recomienda en próximos estudios incluir por ejemplo entrevistas, donde el paciente pueda expresar los obstáculos que se le han presentado desde el momento que le fue diagnosticada la enfermedad, así como expresar sus sentimientos respecto a cómo ha vivido su enfermedad para obtener un estudio más completo, que aborde tanto datos cuantitativos como cualitativos y permita hacer un análisis más profundo acerca de la problemática. Además este estudio incluyó a pacientes que acuden de manera regular a los Centros de Salud de tres municipios del Estado, por lo cual se sugiere que en próximas evaluaciones se incluya también a pacientes que no asistan de manera regular a los centros de salud, así como incluir otros centros del Estado para aumentar la representatividad de la misma.

Referencias

- Aldea, S. (2006). *Influencia del autoconcepto y de la competencia social en la depresión infantil*. Recuperado el 18 de noviembre de 2010, de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/853/825/>
- American Diabetes Association. (2005a). *Como reconocer y manejar la depresión cuando se tiene diabetes*. Recuperado el 15 de junio de 2009, de www.diabetes.org/uedocuments/15.sp.depression.pdf
- American Diabetes Association. (2005b). *Todo sobre resistencia a la insulina*. Recuperado el 15 de junio de 2009, de www.diabetes.org
- American Diabetes Association. (2009). *La depresión*. Recuperado el 10 de julio de 2009, de [www.http://:ladepresion-enespanol-asociacionamericanaadediabetes.mhhs](http://www.asociacionamericanaadediabetes.mhhs.com/ladepresion-enespanol/)
- American Diabetes Association. (2009). Standards of medical care in diabetes 2009. *Diabetes care*, 32,113-61.
- American Medical Association. (2007). Insulina. *Journal of the American Medical Association*, 104, 230-297.
- American Psychiatric Association. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (texto revisado). Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor*. España: Masson.
- Asociación Americana de la Diabetes. (2006). *Información sobre la diabetes*. Recuperado el 13 de marzo del 2008 de: <http://www.diabetes.org/uedocuments/dangerous-toll-spanish-2006.pdf>.
- Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L. & Vega, J. (2001). Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 328-333.
- Bautista, C. (2009). *Intervención Cognitivo Conductual Grupal para modificar el nivel de Malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Licenciatura, Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal Cognitive Psychiatric*, 1, 2-27.
- Beck, A. (2000). *Terapia del comportamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Buceta, J. & Bueno, A. (2001). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. España: Dykinson.
- Caballo, V.E., Valenzuela, J., Anguiano, S., Irurtia, M., Salazar, I. & López-Gollonet, C. (2006). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. En V. Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. España: Pirámide.
- Caldera, J. & Pullido, B. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de psicología del Centro Universitario de los Altos. *Revista de educación y desarrollo*, 7, 77-82.
- Casals, P. (2005). *Taller de memoria: ejercicios prácticos*. Madrid: Horsis.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 2, 364-392.
- Cockerham, W. (2001). *Handbook of medical Sociology*. Nueva York: Prentice Hall.
- Colunga, C., García de Alba, J., González, M. & Salazar, J. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo en atención primaria. *Revista cubana de psicología*, 4, 1-7.
- Colunga-Rodríguez, C., García, J., Salazar-Estrada, J. & Ángel-González, M. (2008). Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. *Salud Pública*, 1, 137-149.
- Cosgrove, M. (2004). Do stressful life events cause type 1 diabetes. *Occupational Medicine*, 54, 250-255.
- Crespo, M. & Labrador, F. (2003). *Estrés*. España: Síntesis.
- Cruz, C. & Vargas, L. (2001). *Estrés. Entenderlo es Manejarlo*. México: Alfaomega.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2007a). *La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual*. Recuperado del 16 de Noviembre de 2010 de, <http://www.cognitivoconductual.org/>
- Dahab, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2007b). *Modelos explicativos de las Ciencias del Comportamiento - tratamiento cognitivo conductual*. Recuperado del 19 de Noviembre de 2010 de, <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=51>
- De los Ríos, J., Barrios, P. & Ávila, T. (2004). Alteraciones emocionales con pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 5, 379-385.
- Del Castillo, A. (2005). *Intervención cognitivo-conductual para modificar, los índices de adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

- Del Castillo, A. (2010). *Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Del Castillo, A. y Martínez, J. (2010). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud y J. Esquivel (Eds.) *Diabetes. Segunda Edición*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Del Castillo, A. y Reyes-Lagunes, I. (2010). Adaptación y validación psicométrica en población mexicana del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID). *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XXVI, 1, 23-48.
- Del Castillo, A., Martínez, J.P. (2008). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En G. Morales, D. García, D., S. Madrigal, y F. Ramírez. *Diabetes*. (pp.217-234). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Eaton, W., Armennian, H., Gallo, J., Pratt, L. & Ford, D. (1996). Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population- based study. *Diabetes care*, 10, 1097-1102.
- Encuesta nacional de Salud y nutrición. (2006). *Resultados por entidad federativa, Hidalgo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2009 de <http://www.iinsp.mx/ensanut/centro/hidalgo.pdf>
- Escalante, J. (2002). Tratamiento de la Diabetes tipo2. *Actualidades Investigación en salud*, 3, 57-61.
- Farabaugh, A., Mischoulon, D., Fava, M., Green, C., Gykyer, W. & Apert, J. (2004). La relación potencial entre los niveles de estrés percibidos y los subtipos de trastornos depresivos mayores (TDM). *Revista de Toxicomanías [versión electrónica]* 4,9-14.
- Federación Internacional de Diabetes. (2003). *Diabetes Atlas*. Bélgica: Federación Internacional de Diabetes.
- Federación internacional de Diabetes. (2006). *Diabetes atlas*. (3era ed.). Bélgica: Federación internacional de la diabetes.
- Federación Internacional de la diabetes (2006). Educación del paciente y atención psicológica. *Diabetes Voice*, 51, 9-1.
- Federación Internacional de la diabetes (2006). *Resolución 61/ 225 de las naciones unidas: día mundial de la diabetes*. Recuperado el día 10 marzo del 2007 de: http://www.Unitefordiabetes .org /assets/files /WDD_media_kit_0407_es.pdf
- Federación Mexicana de Diabetes. (2012). *Diabetes en números*. Recuperado el 29 de febrero de 2012, de http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php

- Federación Mexicana de la Diabetes (2010). *Los números de la diabetes en México*. Recuperado el día 14 de Marzo del 2010 de http://WWW.fmdiabetes.com/v2paginas/d_numeros.php
- Ferner, C., Guerrero, A., Gilabert, E. & Rojo, E. (2002). *La adaptación o afrontamiento ante la pérdida de la salud*. Revisado el 22 de mayo de 2009 de: www.grupoaulamedica.com
- Frank, L., Collins, J., Kristen, H., Kimberly, R., Brian, I. & Williams, R. (2003). Stress and health. En L. Cohen, D. Mc Charge, F. Collins (Eds.), *The Health Handbook. Practical issues for the behavioral medicine specialist* (169-185). USA: illustrated.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2006). *La salud en México: 2006/2012. Visión de FUNSALUD*. Recuperado el 29 de septiembre de 2009, de <http://www.funsalud.org.mx>
- Garay, M., Malacara, J., González, E., Wróbel, K. & Gutiérrez, A. (2000). Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Investigación clínica*, 3, 241-245.
- García, E. (2005). *Psicología General*. México: Publicaciones Cultural.
- Garcia, R. (2002). Stress, metaplasticity, and antidepressants. *Medical Journal*, 2, 629-638.
- Gastro, C., Navarro, V., Catalan, R., Portella, MJ. & Marcos, T. (2003). Residual symptoms in elderly major depression remitters. *Acta Psychiatric Scand*, 108, 15-18.
- Gatchel, R. & Oordt, M. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary care Practical Advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington DC: American Psychological Association.
- Glaser, R. (2005). Stress- associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain, behavior and immunity*, 19, 3-11.
- Glasgow, R., Fisher, E., Anderson, B., La Greca, A., Marrero, D. & Jhonson, S. (1999). Behavioral science in diabetes: contributions and opportunities. *Diabetes care*, 5, 832-843.
- Gonder-Frederick, L., Cox, D. & Ritterband, L. (2002). Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *Journal of consulting and clinical psychology*, 3, 611-125.
- Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J. & Ritterband, L.M. (2002). Diabetes and behavioral Medicine: The Second decade. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 70,611-625.
- González, B. & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 1, 30-38.

- González, M. & Landeros, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista panamericana de Salud Pública*, 1,7-18.
- 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
- Grau, J., Hernández, E. & Vera, P. (2005). Estrés, Salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau (Comp.). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Hains, A., Davies, W., Parton, E. & Silverman, A. (2001). Brief report: A cognitive behavioral intervention for distressed adolescents whit type 1 diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 1, 61-66.
- Hammen, C., Henry, R. & Daley, S. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhoods adversity. *Journal Consult Clinic Psychology*, 68, 782-787.
- Hernández, E. & Grau, J. (2005). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2005). *Diabetes mellitus*. Recuperado el día 29 de abril del 2008 de : http://www.insp.mx/portal/cuidados_salud/diabetes-INSP.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Boletín de práctica médica efectiva*. Recuperado el 18 de septiembre de 2008, de <http://www.insp.mx>
- Jervis, G., García, J. & Calvo, J. (2005). *La depresión: dos enfoques complementario*. México: Editorial Fundamentos.
- Katon, M. & Miranda, S. (1997). *Cómo vivir con trastornos de ansiedad. Un programa de autoayuda para toda la familia*. México: Mosby Great Performance.
- Katon, M. (2010). *La Diabetes y la depresión*. Recuperado el 24 de noviembre de 2010, de http://professional.diabetes.org/Podcast_Display.aspx?TYP=19&CID=83136&
- Laguna, I. (2009). *Malestar emocional (Distress) y su relación con el control metabólico en personas con diabetes tipo 2*. Tesis de Licenciatura, Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.

- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée De Brouwer.
- Lazcano, M. & Salazar, B. (2006). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 1, 77-84.
- León, R. (2007). Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de 'agotamiento nervioso'? *Revista Peruana de medicina interna*, 20, 149-152.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En Friedman, R. *The psychology of depression: contemporary theory and research*. (85-88). New York: Winston y Sons.
- Lewis, S., Heitkemper, M. & Dirksen, S. (2004). *Enfermería medicoquirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier España.
- Lloyd, C. (2008). Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes voice*, 1, 23-26.
- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., Groot, M., Carney, R. & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942.
- Lustman, P., Griffith, L., Clouse, R. & Cryer. (1986). Psychiatric illness in diabetes: relationship to symptoms and glucose control. *The journal of nervous and mental disease*, 174, 736-742.
- Lustman, P., Griffith, L., Kenneth, M., Freedland, E., Kissel, S. & Clouse, R. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. *Analysis of Internal Medicine*, 8, 613-621.
- Lutsman, P. & Clouse, R. (2004). Practical consideration in the management of depression in diabetes. *Diabetes spectrum*, 3, 160-165.
- Lutsman, P. & Clouse, R. (2007). Depression in diabetes: the chicken or the egg?, *Psychosomatic medicine*, 69, 297-299.
- Mantik, S., McLean, M., Ruff, D. & Bucher, L. (2004). *Enfermería medicoquirúrgica: valoración y cuidado de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier España.
- Markenson, D. (2007). *Asistencia pediátrica prehospitalaria*. Madrid: Elsevier España.
- Martínez, C. (2009). *Intervención cognitivo-conductual grupal para modificar el nivel de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Licenciatura. Área Académica de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México.
- McEwen, B. (1995). Stressful experience, brain, and emotions: Developmental, genetic and hormonal influences. En M.S. Gazzaniga (Ed.), *the cognitive neurosciences* (pp. 1117-1136). Cambridge: MIT.

- Meland, S., Shirom, A., Toker, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Medicina psicosomática*, 68, 863-869.
- Mendoza, M. & Capafons, A. (2009). Eficacia de la Hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, 30, 98-116.
- Mingote, J., Mingote, A., Mingote, C. & Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Moreno, M. (2001). Terapia Cognitivo Conductual para depresión en Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 1.65.
- Morera, A. & González de Rivera, J. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, 4, 253-260.
- National Institutes of Health. (2009a). *Depresión mayor*. Recuperado el 11 de Julio de 2009 de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html
- National Institutes of Health. (2009b). *Causas de la depresión*. Recuperado el 11 de Julio de 2009 de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression-lo-que-toda-mujer-debe-saber/causas-de-la-depresi-n.shtml
- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C. & Cravioto P. (2003). *Encuesta Nacional de Salud. Tomo 2, La salud de los adultos*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003. Recuperado el 3 de Marzo de 2012, de <http://www.insp.org.mx>
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. & Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.insp.org.mx>
- Organización Mundial de la Salud. (2001a). *Informe sobre la salud en el mundo: trastornos mentales* (Nota descriptiva). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2001b). *La salud pública al servicio de la salud mental*. Recuperado el 10 de julio de 2009 de www.who.int/whr/2001/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Diabetes*. Recuperado el 14 de Marzo de 2008 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial*. Recuperado el 11 de julio de 2009 de www.who.int/whosis/whostat/2007/es/index.html

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *¿Qué es la depresión?*. Recuperado el 23 de noviembre de 2010 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Washington, DC: OPS.
- Oros de Sapira, L. & Neifert, I. (2006). Construcción y validación de una escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales de estrés [versión electrónica]. *Evaluar*, 6, 1-14.
- Oviedo, M., Espinoza, L., Reyes, M., Trejo, J. & Gil, V. (2002). *Enfermedades crónicas. Vía clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2*. Recuperado el día 20 febrero de 2009, de <http://www.imss.gob.mx>
- Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pérez- Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 002, 97-110.
- Pérez, G. (2004). *Sistema computacional para la medición multidimensional del estrés*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma Metropolitana, México, DF.
- Pérez-Álvarez, M & García-Montes, J. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Tamayo, R., Rivero, O. & Tanimoto, M. (2007). El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX. *Salud y sociedad*. México: Siglo XXI.
- Peyrot, M., McMurray, J. & Kruger, D. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. *Journal of health and social behavior*, 40, 141-158.
- Pineda, M., Bermúdez, V., Canno, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E., Rojas, J. & Toledo, A. (2004). Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología Terapéutica*, 1, 74-78.
- Piña, JA, Dávila, M, Sánchez-Sosa, JJ, Togawa, C, Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana Salud Publica*, 23, 377-83.
- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J., Mullan, J. & Jackson, R. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes. *Diabetes care*, 3, 626-631.
- Raikkonen, K., Keltikangas, L., Adlercreutz, H. & Hautanen, A. (1999). Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. *Metabolism*, 45, 1533-1541.

- Ravindran, AV., Griffiths, J., Waddel, C. & Anisman, H. (1995). Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy, *Program Neuropsychopharmacol Biologic Psychiatric*, 19, 637-653.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. & Goodwin, F. (1993). Comorbidity or mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 21. 74-78.
- Rickheim, P., Flader, J. & Carstensen, K. (2000) *información básica sobre la diabetes tipo 2*. Estados unidos americanos: Internacional Diabetes Center.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
- Roa, A. (1995). *Evaluación de estrés*. Madrid: CEPE.
- Robles, R. (2006). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. Oblitas. *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 249-275). México: Thomson.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la Salud*. España: Síntesis psicológica.
- Rodríguez, M., Lazcano, E., Hernández, B. & Oropeza, C. (2006). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Hidalgo*. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 28 de Marzo de 2008, de <http://www.encuestanacuonaldesalud.gob.mx>
- Sadek, N. & Nemeroff, C. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista Psiquiátrica del Uruguay*, 3, 462-485.
- Sánchez, P., Sirera, R., Peiró, G. & Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11, 25-28. <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article1/article1.pdf>
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de psicología*, 19, 85-92.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de psicología clínica y de la salud*, 1, 141-157.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self- mastery and self- esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of personality and social psychology*, 67, 1063-1078.
- Sea, L. & Owens-Gary, M. (2009). Diabetes y Depresión en mujeres mayores: doble riesgo, doble carga. *Diabetes voice, número especial*, 8-11.

- Selye, H. (1976). *Estrés de la vida*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Shapiro, D. (1988). Hacia una medicina comportamental comprensiva. *Revista latinoamericana de psicología*, 20, 21-43.
- Siegrist, J. & Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. *Social Science and Medicine*, 22, 247-253.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar y Subjetividad*, 1, 10-59.
- Silva, M. P. & Guzmán, S. R. (2008). *Psicodiabetes. Enfoque biopsicosocial*. Recuperado el día 20 de diciembre de 2008, de <http://www.psicomeditores.com>
- Skovlund, S. & Peyrot, M. (2005). The diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 3, 136-142.
- Snoek, F., Van der Ven, N. & Lubach, C. (1999). Cognitive behavioral group training for poorly controlled type 1 diabetes patients: a psychoeducational approach. *Diabetes Spectrum*, 3, 147-158.
- Solomon, A. (2002). *El demonio de la depresión*. México: SINE QUA NON
- Steptoe, A. & Ayers, S. (2004). Stress, Health and illness .En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston (Eds.), *the sage handbook of health psychology* (pp.170-193). London: Sage publications.
- Sterling, P. & Eyer, J. (1995). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In J. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). London: John Wiley and Sons.
- Sternberg, E. (2001). *The balance within. The science connecting health and emotions*. Nueva York: WH Freeman and Company.
- Surwit, R., Tilburg, M., Zucker, N., McCaskill, C., Parekh, P., Feinglos, M. Edwards, C., Williams, P. & Lane, J. (2002). Stress management improves longterm glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 30-34.
- Taylor, S., Peplau, L. & Sears, D. (2000). *Social psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Trianes, M. (2002). *Estrés en la infancia: Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Turner, R.J., Wheaton, B. & Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Ussher, J. (2001). *México de los países con mayor estrés en el mundo*. Recuperado el 28 de abril de 2009, de http://www.psiquiatria.com/noticias/estres/pacientes_y_familiares/3719/.

- Ven, N., Snoek, F. & Weiger, K. (2002). Terapia cognitivo- conductual: como mejorar el autocontrol en la diabetes. *Diabetes voice*, 3, 10-12.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociadas con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 2, 125-137.
- White, C. (2001). Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *Western Journal of medicine*, 5, 338-342.
- Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z. & Decci, E. (2004). Testing a self- determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self- management. *Health Psychology*, 1, 58-66.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

El Área Académica de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo sustenta la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio. Su colaboración es voluntaria y puede rehusarse hacerlo, aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios de la clínica de diabetes o de cualquier otra índole. El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le harán una serie de entrevistas y se le pedirá que conteste una serie de cuestionarios en los que se le preguntaran sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia su diabetes. Participaran alrededor de 200 pacientes de las clínicas de diabetes de Actopan, Mezquitlán y Progreso de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación y los registros únicamente podrán ser examinados por los miembros del proyecto y por Autoridades Regulatorias autorizadas. El director del proyecto tendrá la facultad de pedirle que se retire del estudio en caso de no asistir a las entrevistas de evaluación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes, durante y después de participar, por favor siéntanse en absoluta libertad de preguntarle a su médico tratante o enfermera en las clínicas de diabetes correspondientes.

También podrá comunicarse con:

Dr. Arturo Del Castillo Arreola
Director del proyecto

Área Académica de Psicología
Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH
Tilcuautla, Hidalgo

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes, asistir a las entrevistas y participar en las intervenciones antes descritas.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma Testigo 1

Nombre y firma Testigo 2

Entrevistador:_____

Fecha:_____

Anexo 2. Formato Datos Sociodemográficos

SEDE	FOLIO EIPD	# EXPEDIENTE
FECHA	APLICADOR	
NOMBRE		

Datos Clínicos

Dx HTA	Dx Obesidad	Dx Dislipidemia	Glibenclámina	Metformina	Ins NPH	Ins R	Captopril	Metoprolol	Nifedipino	Clortalidona	Pln Aliment	Ejercicio	Gluc Ayunas	Gluc Casual	TAS	TAD	Colesterol	LDL	HDL	Triglicéridos	Peso	Talla	Cintura	IMC	Fecha de Última Cons

Datos Sociodemográficos

1	Nombre	
2	Dirección	
3	Teléfono (propio/recados)	
4	Fecha de nacimiento/Edad	
5	Sexo	1) Masculino 2) Femenino
6	Estado Civil	1) Soltero (a) 3 Otro _____

		2) Casado (a)
7	Ocupación	1) Tiempo completo Especifique _____ 2) Medio tiempo 3) Desempleado 5) Incapacitado 4) Retirado 6) Ama de casa
8	Máximo grado escolar [poner () número de años]	1) Primaria () 4) Técnica () 2) Secundaria () 5) Profesional () 3) Preparatoria ()
9	Ingreso mensual familiar	1) 1000 o menos 5) 4001 a 5000 2) 1001 a 2000 6) 5001 a 6000 3) 2001 a 3000 7) 6001 a 7000 4) 3001 a 4000 8) 7001 o mas
10	¿Qué tipo de diabetes padece	1) Tipo 1 3) No sabe 2) Tipo 2
11	¿Hace cuantos años le diagnosticaron diabetes?	1) 0 a 1 años 3) 6 a 10 años 2) 2 a 5 años 4) 11 años o mas
12	¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?	
13	¿En qué consiste su tratamiento?	1) Solo dieta 3) Pastillas + insulina 2) Solo pastillas 4) Solo insulina
14	¿ Cuantos episodios de hipoglucemia graves tuvo el año pasado? (recibió ayuda de otras personas)	1) Ninguna 2) Uno 3) Dos o mas
15	¿Tiene alguna otra enfermedad crónica además de la diabetes?	1) Ninguna otra 2) 1 enfermedad crónica además de la diabetes

		3) 2 o más enfermedades crónicas además de diabetes
16	Actualmente utiliza alguno o varios de los siguientes medios alternativos para tratar su diabetes	1) Homeopatía 5) Otros _____ 2) Curandero 6) Ninguno 3) Acupuntura 4) Licuados
17	¿En qué medida sufre por su diabetes?	1) Nada 4) Bastante 2) Un poco 5) Mucho 3) Algo
18	¿En los últimos seis meses le han ocurrido uno o más de los siguientes eventos?	1) Ninguno 2) Perdida de un ser querido 3) Perdida del trabajo 4) Divorcio o conflictos familiares 5) Problemas económicos 6) Enfermedad grave (de usted o un ser querido) 7) Otro suceso impactante
19	¿Cuál de los siguientes temas le gustaría tratar en su próxima consulta médica?	1 Ningún tema en especial 2 Tratamiento o los medicamentos (pastillas) 3 Síntomas/dolores 4 Estilo de vida (dieta, alcohol, cigarro) 5 Estado de ánimo o estrés 6 Problemas sexuales 7 Otro tema
20	Sabe leer y escribir	1 Si 2 No

